



Universidade de Brasília

Departamento de Antropologia

Orientadora: Soraya Fleischer

Trabalho para aquisição da habilitação em bacharel em antropologia por
Natharry Almeida Bruno Araújo

Três momentos da biografia dos medicamentos: o representante, o dispensador e a consumidora

Universidade de Brasília, julho de 2013.

Agradecimentos:

Entendo que a construção do indivíduo na sociedade passa por todo um processo social, onde na universidade não apenas os professores e colegas de curso fazem parte desse construir, mas também todas as pessoas envolvidas de forma direta ou indireta contribuem nesse processo de formação acadêmica. Gostaria então de relatar os meus sinceros agradecimentos a todos aqueles que participaram de forma direta ou indireta da minha formação acadêmica e consequentemente social. Família, amigos, colegas, professores e todas as equipes com que trabalhei esses anos.

Sumário

Introdução	04
As Metodologias	07
Capítulo I	
Os representantes farmacêuticos	09
Capítulo II	
A farmácia	29
Capítulo III	
O valor da “farmacinha”: Auto-observação corporal e auto-gestão dos medicamentos a partir da perspectiva dos moradores da Guariroba, Ceilândia	46
Biografando	57
Bibliografia	60

Introdução

De fato, não é de hoje que a antropologia de uma forma geral se debruça sobre a relação entre determinadas substâncias e sua participação em processos de cura e de doenças. Se nos lembrarmos de algumas etnografias clássicas, veremos que, na década de 1930, preocupações desse tipo fizeram parte do horizonte de análises de Evans-Pritchard em sua revisão da farmacopéia zande (2005) e, na década de 1960, de Lévi-Strauss (2010), em sua reflexão sobre a relação entre conhecimento, classificação e uso de substâncias naturais para a cura de enfermidades e de Turner as práticas de cura desempenhadas pelo curandeiro Ndembu (2005). Contudo, os medicamentos modernos - comprimidos, cápsulas, injetáveis, pomadas, sprays, géis, xaropes, suplementos vitamínicos e outros mais - apenas recentemente passaram a fazer parte do escopo de investigações etnográficas e análises teóricas e políticas da antropologia.

Somente a partir dos anos de 1980 esse objeto hoje tão familiar se tornou um foco de estranhamento de nossa disciplina (Van der Geest et al, 1996; Desclaux; Lévy, 2003). Uma razão um tanto óbvia para a juventude desses estudos é o fato de os medicamentos tais quais hoje os conhecemos e acessamos em escala industrial e comercial serem produtos relativamente novos na história: somente com a invenção da penicilina em 1930 e o advento da indústria farmacêutica no pós Segunda Guerra as terapêuticas medicamentosas se difundiram em âmbito global (Pignarre, 2005). (Castro, 2011: p. 01)

O medicamento tem cada vez mais tomado conta dos espaços públicos e privados. Com a indústria farmacêutica sendo uma das mais rentáveis do mundo, não é de se espantar que esse fenômeno continue criando proporções cada vez maiores. Alice Desclaux (2008) chama atenção para a posição do medicamento como um “objeto de futuro da antropologia da saúde”. Acredito que o medicamento é tanto um objeto de pesquisa para antropólogos da atualidade, por conta das novas problemáticas apontadas nas relações medicamentosas, como já vinha sendo um objeto de curiosidade como podemos notar com Van Der Geest (1984; 1989), analisando a ação da indústria farmacêutica em “países de terceiro mundo” (1984). Ambos autores analisam processos que envolvem o medicamentos em diferentes períodos, e por mais que os apontamentos e percepção possam ser diferenciados e trazer novas abordagens, são obtidos a partir do mesmo fenômeno, a medicação de corpos e da saúde e doença. O medicamento continua sendo um medicamento, mas as formas de abordagem recebidas a partir da antropologia mudaram de acordo com a

importância e centralidade que o medicamento tomou no dia-a-dia das populações. Castro (2011) em sua revisão bibliográfica a respeito de abordagens teóricas para a antropologia lidar com os medicamentos nos traz quatro possibilidades dentre essas, irei lidar aqui com a ideia de biografia do medicamento.

Os medicamentos são “produtos farmacêuticos industriais, elaborados com base em referenciais científicos da biologia, da biomedicina e da farmácia” (Desclaux, 2008) e a grande indústria farmacêutica é responsável pela produção de conhecimento científico direcionado à produção de drogas para o controle e cura de doenças. A partir da elaboração das drogas a indústria passa para outra fase, fazer com que o medicamento chegue ao usuário, e com isso temos os testes, a propaganda e a distribuição.

Por conta do papel determinante da cultura na percepção e significação do medicamento, consequente do seu uso, não necessariamente em primeira pessoa¹, é possível falar em “polissemia do medicamento” (Desclaux, 2008), onde o mesmo pode ser composto de vários significados atribuídos por diferentes partes mudando assim a percepção e significação do medicamento de usuário para usuário. Não impedindo que muitas vezes percepções alheias sejam passadas e comprovadas por outros.

Esses muitos significados que os medicamentos podem vir a ter é alimentada pelo que Van Der Geest et al. (1996) nos aponta como um processo “biográfico do medicamento”. Indo este processo, desde a fabricação, distribuições e diferentes concepções de usos. Sendo importante ressaltar que esse processo de distribuição pode passar por diversos atores diferentes, não só necessariamente a indústria e farmácias distribuem medicamentos, terceiros podem fazer essas distribuições, como vizinhos, parentes e redes de confiança. Onde também, o uso pode ser transformado de acordo com cada um que o obtém e seu conhecimento compartilhado tanto pela equipe médica como não.

Assim, Geest and Whyte nos apresentam cinco fases da biografia do medicamento onde cada fase é relacionada com os atores sociais envolvidos:

¹ Muitas vezes o conhecimento adquirido a respeito de determinado medicamento não se dá pelo uso direto do indivíduo daquela droga, mas sim, através de informações dadas por outros que já tiveram contato.

- 1- Produção e marketing: cientistas, empresários, funcionários de indústrias farmacêuticas, publicitários;
- 2- Prescrição: médicos, enfermeiros, farmacêuticos, vendedores ambulantes;
- 3- Distribuição: farmacêuticos, balconistas de farmácias, trabalhadores da saúde, vendedores informais, instituições públicas de saúde;
- 4- Uso: pacientes e suas redes mais estreitas de relação;
- 5- Eficácia: paciente e suas redes mais estreitas de relação.

Nesse trabalho, será possível observar todos esses passos da biografia do medicamento, apesar de não aprofundar em questões como produção e prescrição elas estão presentes em todos os processos, mesmo que o conhecimento a respeito dessas práticas muitas vezes não seja explícito.

As metodologias

Aqui, abrirei um pequeno espaço para falar sobre as minhas metodologias para esse trabalho de monografia. Digo metodologias, pois não foi utilizada apenas uma forma de abordagem antropológica, e sim várias e também não foi apenas uma única pesquisa utilizada, e sim três. Em cada capítulo farei a discussão de como foi a metodologia utilizada e o desenvolvimento dos dados obtidos, além também de fazer uma menção à bibliografia utilizada. Boa parte dos dados apresentados foram obtidos na Ceilândia, cidade mais populosa do Distrito Federal (GDF, 2012).

No primeiro capítulo estarei apresentando os chamados representantes farmacêuticos. Esses homens são funcionários de laboratórios farmacêuticos, detendo a função de fazer propaganda para o convencimento do médico a prescrever os medicamentos que suas empresas de origem propagandeiam. Partindo da ideia de quanto mais médicos prescreverem os medicamentos de dado laboratório, maior será o faturamento, maior também será o gasto com a propaganda perante o médico. Mas, também é possível perceber a atualização dos médicos por conta desse representante a respeito das novas drogas desenvolvidas. Farei uma abordagem do cotidiano de trabalho do representante e refletir a respeito da presença desse ser externo e interno, ao mesmo tempo, nos meios públicos de saúde.

No segundo capítulo, apresento uma etnografia de uma farmácia dentro de um centro de saúde público do Distrito Federal. Dentro daquele espaço, descrevo os atores atuantes e suas práticas. A principal função ali é dispensar os medicamentos, mas, de acordo com a Secretaria de Estado de Saúde, deve ser feita toda uma abordagem de atenção farmacêutica. A partir daí julgamentos pessoais e éticos passam a ditar ações trazidas por conta de algum tipo de ambivalência ou depreciação do bem público, se fazendo surgir uma “atenção farmacêutica” (que não necessariamente é a ditada pela SES).

Já no terceiro capítulo, passo para o outro ponto diferente, no qual abordo os usuários de medicamentos, trazendo a tona suas percepções e também formas de administrar e obter esses medicamentos. Será utilizado o caso de uma senhora em particular que nos conta com clareza sobre suas experiências a partir da relação com medicamentos que adquire durante sua vida, é uma senhora idosa e que vive na Guariroba e frequenta o centro de saúde no qual foi realizada a pesquisa na farmácia.

É possível perceber que em todas essas discussões o ator principal analisado têm diversas formas de vínculos com o medicamento, e que todos, em algum momento são usuários, apesar das funções que ocupam, como um representante farmacêutico ou um dispensador da farmácia.

A partir do contato com esses diversos atores, materiais, como diários de campo e entrevistas gravadas foram produzidas. Esses diários, editados, eram circulados pelo grupo formado pela orientadora e colegas do Programa de Iniciação Científica (Pró-IC) da Universidade de Brasília, assim todos tinham acesso às pesquisas diferentes e compartilhávamos comentários a respeito dos nossos diários em reuniões semanais. O material que tive acesso além desse compartilhado foi o de outras fases da pesquisa feitas ali, consequentemente com outros pesquisadores. Além das minhas experiências de campo, entrevistas, relatos e observações de outros pesquisadores foram acessadas e utilizadas. Isso quer dizer que a equipe de pesquisa pensa seus diários de campo editados como fazendo parte de um compêndio maior e mais robusto de material empírico. Tive acesso, como parte da equipe, a diários de campo e monografias produzidas por outras participantes da pesquisa. Essa reciprocidade tem sido prática corriqueira dessa equipe em pesquisa na Guariroba desde 2008 e, sempre ao entrar na equipe, os pesquisadores são consultados sobre a possibilidade de reutilizar seus materiais, sempre sendo feita a indicação de autoria dos escritos.

A seguir, na apresentação e discussão dos dados, serão usados pseudônimos, para assegurar a identidade dos entrevistados e pessoas em geral envolvidas.

CAPÍTULO I

Os representantes farmacêuticos

Introdução

Vestidos de modo formal chamam atenção por não fazer parte do quadro de funcionários dos hospitais, centros de saúde, clínicas médicas, e também por suas peculiares maletas, algumas com rodinhas, outras de mão. Esses atores chegam, passam pelos pacientes, entram direto nos consultórios médicos, sem hora marcada e sem cerimônias. Ali, dentro do consultório médico, fazem o trabalho que pretendiam e tendo sucesso ou não se dirigem a outro consultório ou continuam sua agenda de visitas a outros hospitais, centros de saúde, clínicas médicas e até farmácias onde possam fazer sua propaganda farmacêutica, ou deixar algum medicamento para ser vendido ou como amostra grátis.

Apesar de toda propaganda feita pela indústria farmacêutica, que nós, prováveis consumidores, temos acesso e somos o ‘público alvo’ direto ou indireto, como a propaganda televisiva e em revistas, a propaganda mais importante, sobretudo em termos de investimento, realizada pela indústria farmacêutica é a propaganda junto aos médicos (BARROS, 1983). Mas o mundo de um propagandista da empresa farmacêutica vai além do consultório médico, esse “dispêndio promocional dos medicamentos” ocorre também em congressos, onde os laboratórios fazem a exposição de novos medicamentos e também oferecem palestras. Azize (2003) nos traz relatos a respeito da propaganda de medicamentos para o estímulo masculino em congressos médicos.

Na Antropologia brasileira pouco se tem falado a respeito dos propagandistas, eles são por vezes citados, mas pouco é aprofundado sobre este importante ator. Não são apenas “vendedores” dos produtos oferecidos pelos laboratórios farmacêuticos para o qual trabalham, mas também influenciam fortemente a saúde das pessoas e das instituições hospitalares. Afinal, é preciso entender melhor qual o seu papel dentro do mundo dos cuidados com a saúde. Seriam eles apenas propagandistas dos laboratórios privados? Ou também estariam levando inovações do mundo biomédico medicamentoso? Com o intuito assim de ampliar as chances de cura de algumas

doenças que, no setor público, não possuem medicamentos na RENAME²? Questões como essas podem ser antropológicamente muito importantes quando pensamos no impacto causado pela presença dos propagandistas em hospitais, postos de saúde e clínicas médicas, nos pacientes, nas atividades de prescrição médicas e consequentemente no consumo de medicamentos, vendo que esses atores estão agindo diretamente sobre o desempenho dos prescritores, que detêm o poder de decidir qual medicamento deve ser consumido e prescrito aos pacientes.

Nesse capítulo, pretendo abordar esses funcionários da grande indústria farmacêutica, atentando para o mundo que o cerca, os trajetos que realiza e as rotinas de trabalho de um propagandista farmacêutico. Após essa breve introdução, comentarei como os propagandistas têm sido abordados pela Antropologia, a metodologia de minha pesquisa realizada com esses atores para, por fim, descrever e discutir os dados sobre a realidade cotidiana dos propagandistas.

Aportes teóricos

Por muito tempo a antropologia da saúde brasileira se preocupou em fazer uma leitura sobre as representações de saúde e doença, com um olhar aguçado para as práticas da “medicina popular” (Canesqui e Queiroz, 1986). A individualização do corpo e as diferentes formas e ideias que se pode ter de saúde e doença, agência (Ortner, 2007) sobre o seu corpo, saúde e ações/escolhas de cuidado estão sendo cada vez mais desenvolvidas e chamando atenção de pesquisadores na antropologia. Na última década, esta área passou de uma ênfase nas práticas ditas populares para o mundo biomédico, onde com o advento da tecnologia, um adentra no outro, as tecnologias do mundo biomédico passam a fazer parte das práticas ditas “populares”. De forma a ser absorvida, interpretada e reinterpretada, se fazendo adaptável em várias formas, para esse usuário dito “leigo”. Esse processo interligado ocorre de forma unilateral onde o usuário tido como “leigo” adequa o mundo biomédico à sua vida e suas práticas populares de cuidado da saúde, pois até então a biomedicina se mostrava fechada para essa “medicina popular” (Sarti, 2010).

² A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) é uma publicação do Ministério da Saúde com os medicamentos para combater as doenças mais comuns que atingem a população brasileira. Os estados utilizam a Rename para elaborar suas listas de assistência farmacêutica básica. (Ministério da Saúde, 2013)

Já no século XXI é possível ver uma produção vasta a respeito da relação médico e indústria farmacêutica, indústria farmacêutica e consumidor, indústria farmacêutica e marketing de medicamentos por conta da grande explosão da indústria farmacêutica como um dos negócios mais rentáveis da atualidade (Nwobike, 2006). Esse fenômeno não tem chamado atenção apenas das ciências sociais, mas também da saúde coletiva, farmácia, administração, entre outras áreas que podem se relacionar com esse vasto campo de pesquisa. Considera-se também o avanço tecnológico e a globalização, que trazem novos tipos de relações ao mundo dos medicamentos, como chamam atenção Petryna e Kleinman (2007).

É possível ver na obra de Nwobike (2006), que reúne todos esses elementos, como há um oportunismo dos laboratórios farmacêuticos em relação à população que, no final das contas, pouco tem acesso aos medicamentos. Afinal, como foi ilustrado no filme “O jardineiro fiel” (2005)³, a indústria tem sido cada vez mais percebida como um ator que promove testes de novas drogas em países com pouco acesso à alguns medicamentos e longe do olhar rigoroso dos direitos humanos e da ética em pesquisa. A propaganda feita para esses medicamentos e o acesso aos mesmos, em especial as populações de países pobres, são temas cada vez mais presentes em estudos nas Ciências Sociais. Para a antropologia da saúde, esses temas começam a surgir como campo de pesquisa a partir dos anos 80 e 90 no Brasil (Sarti, 2010), mas sobretudo na última década, quando a Biomedicina passa também a ser estudada com mais força.

Ainda assim, pouco é produzido sobre a condição e o papel desenvolvido pelo profissional propagandista. É possível vislumbrá-lo citado ou mencionado nas entrelinhas dos textos, mas pouco é exposto e desenvolvido em si, para além da pessoa que tem de convencer um médico a prescrever determinado medicamento, e isso não apenas nas Ciências Sociais, mas também na área da saúde. Na Saúde Coletiva principalmente, além da área do marketing em saúde, há algumas pesquisas e teses sobre o tema. Soares (1997) já identifica a necessidade de um olhar aprofundado sobre outros atores que têm ou fazem algum tipo de ligação com a área da saúde,

³ Um filme dirigido pelo brasileiro Fernando Meirelles, onde um diplomata, e jardineiro nas horas vagas, se apaixona por uma ativista social. Durante o período que moram no Quênia sua esposa passa a fazer investigações sobre a morte de várias pessoas que utilizam determinados medicamentos, e então é assassinada. Com o ocorrido seu marido passa a investigar a sua morte. Por fim ele descobre a ação da indústria farmacêutica entregando para alguns colegas para que fosse divulgada e por fim é assassinado.

como o propagandista farmacêutico. Destacando a complexidade que envolve o mundo dos medicamentos, Soares chama atenção para a construção do campo da antropologia farmacêutica no Brasil:

Tendo em vista o papel de destaque que tem o medicamento na prática médica regida pelo mundo biomédico ocidental, aos poucos foi se fazendo necessário aprofundar questões que incluem desde como se realiza a produção, distribuição e comercialização de medicamentos; os papéis da indústria farmacêutica, dos “propagandistas”, médicos, farmacêuticos, balconistas e consumidores nos padrões de consumo (...). (Soares, 1997)

Até bem pouco tempo, era permitido que atores, cantores, celebridades aparecessem em comerciais⁴ de medicamentos enfatizando sua eficácia e ao mesmo tempo criando um laço de confiança pessoal com o medicamento apresentado. Não existe dúvida de que o uso da palavra tem grande influência na propaganda. Na propaganda de medicamentos não é diferente, onde a eficácia da propaganda aumenta quando é representada pela voz do propagandista, principalmente quando essa voz é de alguém famoso ou é direcionada dentro consultório, quase ao pé do ouvido, do médico diretamente por propagandista bonito, bem trajado e educado (Jesus, 2004).

Uma figura que se faz importante no cuidado com a saúde e que em geral tem a confiança dos prováveis usuários de medicamentos é o médico (Barros, 1983). Para os médicos, geralmente, a propaganda é feita por revistas científicas, mas também com a fala. É aonde entra o representante ou propagandista farmacêutico, com sua palavra, com a propaganda do seu medicamento, do seu laboratório. Atualmente na antropologia a maior referência a respeito do mundo dos representantes/propagandistas farmacêuticos é Michael Oldani que, antes de ingressar no mundo da antropologia, passou nove anos da sua vida exercendo a profissão de “rep” (OLDANI, 2004), como é a gíria usada para o propagandista nos EUA. Ele leva em sua bagagem de conhecimento além do olhar externo do antropólogo, também um olhar interno como ex-propagandista farmacêutico.

⁴ A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) passou a proibir a vinculação de pessoas da mídia em propagandas de medicamentos isentos de prescrição médica (2008). Susana Vieira em dado comercial faz o incentivo à compra do Licor Cacau Xavier ou Zico ao incentivar o uso de Calcigenol? Além de vários outras celebridades que demonstram sua confiança em medicamentos através da mídia.

Tendo em vista que a indústria farmacêutica é uma das mais rentáveis e que mais vem crescendo no mundo não seria de se espantar que o número de propagandistas também tenha aumentado (Barros, 1983). E com as várias especialidades médicas e também com o crescente número de novas doenças, os propagandistas também têm que se especializar de acordo com áreas médicas ou com os produtos oferecidos pelas indústrias que representam (Nascimento, 2008). Mas vale a pena nos determos na obra de Oldani, que esmiúça a crescente realidade desse ator nos EUA.

Para além da amostra grátis dada aos médicos, e também dos congressos patrocinados por essas empresas (Azize, 2003; Barros, 2000), alguns “... presentinhos” são dados àqueles que recebem bem o medicamento oferecido pelo propagandista como almoços, jantares e viagens são alguns dos outros ‘benefícios’ além da suposta informação (Oldani, 2004).

De dentro pra fora, de fora pra dentro: perspectivas de um ex “rep”

Michael Oldani pode ser considerado um marco na “medical anthropology” estadunidense por conta do conhecimento aprofundado na prática dos propagandistas farmacêuticos dos EUA e também por ter tido contato direto com “os bastidores” da indústria farmacêutica. Durante os anos 90 trabalhou para a Pfizer, e são as suas experiências dessa época que inspiraram a discutir a prática dos “pharma sales reps” aplicando o conhecimento antropológico sobre “gift and commodity exchange”, a troca de presentes e mercadorias.

Tendo trabalhado durante nove anos para a Pfizer, Oldani (2004) se pauta pela “memory ethnography”, memória etnográfica, onde ele recorre à sua memória de “nativo”, além de alguns contatos na indústria, para descrever esse mundo. No artigo “Thick Prescriptions: Toward na interpretation of pharmaceutical sales practies” (2004), ele apresenta o que chama de “pharmaceutical gift cycle”.

As empresas farmacêuticas, (...), incorporam estratégias que ajudam a construir a lealdade do empregado. Representantes aprender primeiro a falar medicamento, como discutir estados patológicos complexos, e como, finalmente, vender produtos específicos dentro dessas categorias. A empresa, em contrapartida, enche os representantes com presentes grandes e pequenos: roupas, malas, taças de cristal, eventos sociais, jantares finos, festas de empresas,

aumentos de salário, etc representantes de vendas futuras aprendi o valor de presentear quase imediatamente (consciente ou inconscientemente) e, em troca, vender produtos, realizando os mesmos atos com os médicos. Fomos doutrinados quase imediatamente em uma cultura corporativa de presentear (2004:333)⁵.

Como é possível perceber o relato de Oldani sobre sua experiência profissional se assemelha à de Kirkpatrick (2000). E uma investigação a respeito de uma indústria farmacêutica, a ideia do ciclo de presentes já é implantada pela indústria ao treinar seus representantes com o sistema de presentear, com objetos como canetas, roupas, até jantares e viagens. E a partir do valor dado à essa troca de presentes, já quando aborda o médico para sua propaganda ativa o mesmo comportamento aprendido com a indústria. E, a partir disso, os “gifts” distribuídos aos médicos passam pela mesma ideia do que eles recebem desde canetas até viagens.

Apesar de não entrar detalhadamente na ideia de presentear abordada aqui, é possível perceber esse ato tanto com a amostra grátis, quanto com o oferecimento de congressos para melhor transmitir o conhecimento científico atualizado pelo laboratório, em geral, em lugares paradisíacos com uma vasta opção de atividades de lazer.

Metodologia

Inspirada tanto por Oldani quanto pela minha própria experiência fazendo pesquisas dentro de instituições de saúde no Distrito Federal, optei por entrar em contato mais estreito com esse ator. Estive envolvida em dois projetos de iniciação científica e também em um projeto de extensão⁶ nos últimos anos e era frequente

⁵ Pharmaceutical companies, (...), incorporate strategies that help build employee loyalty. Representatives learn first how to speak medically, how to discuss complex disease states, and how to ultimately sell specific products within these categories. The company, in return, showers reps with gifts large and small: clothes, luggage, crystal bowls, social events, fine dining, company parties, increases in salary, etc. Future sales reps *learned* the value of gifting almost immediately (consciously or unconsciously) and, in return, sold products by performing these same acts with doctors. We were indoctrinated almost immediately into a corporate culture of gifting. (Oldani, 2004 p. 333)

⁶ Pesquisas realizadas pelo Programa de Iniciação Científica da Universidade de Brasília “Assistência farmacêutica no SUS: uma experiência etnográfica na Guariroba/Ceilândia, DF” (2011; 2012) e “Para

observar o vai-e-vem confortável dos representantes pelos corredores hospitalares. Cada vez mais convencida de que se trata de um personagem naturalizado dentro desses espaços, parti para entender como, de fato, são mais um ator, informal e não oficial, mas absolutamente ativo e presente das equipes de saúde.

O trabalho de campo feito para essa pesquisa aconteceu em um centro de saúde e em um hospital regional na Ceilândia e também em um hospital universitário na Asa Norte.

Por já ter trabalhado em outras pesquisas nesse mesmo centro de saúde, durante o mês de fevereiro de 2012, realizei visitas ao espaço procurando por esses propagandistas, para observar, dialogar e entender melhor os seus passos dentro de uma instituição de atenção básica de saúde. O Centro de Saúde é um local bastante frequentado pelos propagandistas farmacêuticos, porém acompanha o número de médicos que aí trabalham. Nos centros de saúde, os médicos trabalham em regime de 20 ou 40 horas semanais, ou ainda por plantões e algumas horas de atendimento. Assim, essa inconstância faz os hospitais de grande porte, que contam com mais médicos e em atendimento continuado valham mais a pena para os propagandistas do que a irregularidade médica no nível da atenção básica. Assim, nos hospitais, eles conseguem cobrir um maior número de profissionais e mais clínicas e consultórios.

Não tendo feito contato prévio com propagandistas pretendia encontrar ali no centro de saúde alguns para começar uma rede de contatos que fosse aumentando à medida que me indicassem outros que estivessem dispostos a conversar. Porém, percebi que os propagandistas não têm horários nem dias fixos para fazer suas visitas. Notei que o número de médicos repercute exatamente no número de propagandistas. Contando, no início, apenas com a sorte só esbarrei em uma vendedora. Ainda assim, julgo que tenha aproveitado esse tempo para aprender como é a relação da indústria com o centro de saúde.

Procurando por novas alternativas, passei por outros centros de saúde, aonde encontrei a mesma limitação. Foi então que abri os meus horizontes procurando por

além das empresas farmacêuticas: um olhar etnográfico sobre os representantes farmacêuticos” (2011; 2012) e um Projeto de Extensão ““É muito duro esse trabalho”- Investindo nos servidores da Secretaria de Estado de Saúde” (2011; 2012). Tendo trabalhado com vários colegas diferentes em cada das pesquisas e orientada pela Professora Dr^a Soraya Fleischer.

um local onde fosse mais constante a presença de médicos e consequentemente de propagandistas, e foi então que cheguei ao Hospital Regional da Ceilândia.

Logo na primeira visita percebi que ali seria um local no qual eu poderia obter muita informação e melhor observar a rotina e os passos dos propagandistas num hospital. Foi ali que fiz as minhas primeiras observações mais sistemáticas e também que consegui boas conversas com alguns propagandistas sobre o mundo deles.

Esse campo demonstrou dificuldades específicas, relacionadas diretamente ao ritmo e estilo de trabalho desses atores. Os propagandistas estão sempre se locomovendo de um hospital para outro, para uma clínica médica, para um Centro de Saúde e nem sempre é possível ter uma conversa mais extensa com eles por conta das suas agendas corridas. Os propagandistas que consegui abordar estavam muitas vezes esperando para fazer uma visita a um consultório ou tinham acabado de sair de uma visita. Algumas conversas eram rápidas com respostas diretas, onde visivelmente os propagandistas estavam preocupados com o seu tempo exíguo e desejavam finalizar logo o assunto. Ali, tive contato com cinco homens e duas mulheres de laboratórios diferentes. Dentre esses, tive conversas mais longas e ricas de informação com três homens e uma mulher, onde dois pertenciam ao mesmo laboratório.

A minha rotina de trabalho ali era observar o movimento destes atores no hospital, fiz anotações sobre o movimento, entrada e saída de médicos, funcionários e também dos propagandistas. Durante as conversas com os eles, fazia perguntas e anotações ao mesmo tempo, que mais tarde essas anotações passariam ao diário de campo do dia.

Após as primeiras conversas, o campo começou a “esfriar”, notei a ausência de propagandistas ou apenas conseguia vê-los caminhando pelos corredores em curtos períodos de tempo. Passei a outro hospital, buscando uma maior circulação de propagandistas, o Hospital Universitário de Brasília (HUB).

Com relação ao último hospital visitado, o HUB pareceu-me bastante diferente por conta do controle feito na entrada do ambulatório. Ali encontrei funcionárias que vistoriavam a entrada e saída do pessoal do hospital: a sala de acolhimento, onde as pessoas passavam para pedir informações sobre o local de suas consultas, era também o local onde todo propagandista deveria passar e assinar um livro de entrada, com nome e identidade. Logo me animei, pois, estava no local por onde poderia saber de

todos os que entravam no ambulatório e, assim, julguei que seria possível tentar contato com os propagandistas de forma mais direta e facilitada e, sobretudo, prolongada.

Devido ao período de férias de muitos professores da UnB, entre dezembro de 2012 e fevereiro de 2013, o movimento dos propagandistas foi reduzido drasticamente com a ausência dos professores que também atendem como médicos e também dos residentes. Assim, mal consegui me comunicar com os que haviam acessado o ambulatório, muitos se esquivavam e não retornavam da sua visita. Certo dia, ao ser convidada por uma das técnicas dessa recepção do hospital para caminhar pelo ambulatório em busca de propagandistas, consegui contato com mais um homem e uma mulher, propagandista e estagiária, respectivamente, do mesmo laboratório, o que me rendeu uma breve conversa.

Mas, mesmo com toda a dificuldade de acesso ao mundo e ao propagandista farmacêutico, foi possível conseguir bons dados de campo, que irei apresentar. Essa espécie de “gato e rato”, que pareço ter jogado em campo, me revela como os propagandistas desejam estar firmemente presentes nos hospitais, mas de forma discreta e até fugidia. Não querem chamar atenção daqueles que guardam as entradas e saídas, não querem levantar desconfianças por parte de pacientes e burocratas, não desejam se indispor com os prescritores. A dificuldade por encontrá-los, ao longo desses 10 meses em campo, demonstra muito sobre o mundo desses trabalhadores e das estratégias para se movimentarem com tanta eficácia dentro dos hospitais sem a perda de sua liberdade de circulação.

Rafael, O representante

Um homem alto, de boa aparência, quando me refiro à essa classe quero dizer que essas pessoas tomam cuidado e presam pela aparência pelo menos em público, não são necessariamente bonitas (como pode se levar a pensar) mas preocupados com o modo que se apresentam aos outros, como no caso de Rafael com cabelos cor de caramelo em um penteado de lado, olhos castanhos, aparentava ter seus 35 anos. Quando o encontrei, vestia uma camisa social branca com as mangas dobradas na altura dos cotovelos, calça social preta básica e um grande relógio no braço esquerdo, bem apresentável. Carregava duas maletas com o nome de um laboratório

farmacêutico, era possível identificar o logotipo do laboratório com uma relativa distância, em forma de placa de metal perto do fecho. Não sendo padrão, pois depende tanto do formato da maleta quanto do laboratório. Ele chegou pela entrada de pacientes do Pronto Socorro do Hospital Regional da Ceilândia e se dirigiu diretamente à atendente do guichê de informações. Trocou algumas palavras e sorrisos com a moça que lhe dá atenção e então logo se dirigiu ao consultório da ginecologia, sumindo ao final de um longo corredor. Reapareceu após alguns minutos no final do corredor com um andar bem apressado, saiu pela mesma porta que entrou inicialmente e logo retornou com uma sacola com o slogan do laboratório. Na sacola, era possível antever algum tipo de revista ou folheto e algumas caixas de medicamentos, imagino que amostras grátis.

Eu o abordei... ele aceitou conversar comigo por alguns minutos. Tive a chance de conhecer como ele e, possivelmente, muitos de seus colegas, organizam suas agendas de trabalho. Com um horário de expediente normal, das 8h às 18h, e recesso para o almoço entre as 12h e as 14h, Rafael têm ciência de que o seu horário “flexível” pode se estender até às 18h30/19h, além do trabalho feito em casa, como responder aos e-mails, preencher planilhas de distribuição de amostras grátis e médicos visitados, entre outros. A ideia de “flexibilidade” entre os representantes é bem comum e suas agendas bem programadas são de extrema importância. Vejamos como funciona essa agenda organizada e respectiva possibilidade de flexibilidade.

Todo rep tem uma relação de médicos a visitar. Se esse médico está presente em sua lista, nenhum outro representante do mesmo laboratório irá visitá-lo. Cada propagandista cobre uma ou mais *linhas*, isto é, conjunto de medicamentos destinados à clínicas médicas como ginecologia, urologia, pediatria etc. A depender da *linha*, somente um propagandista tem exclusividade sobre ela naquele hospital. Se for uma clínica com muitos médicos, é possível que o laboratório destaque mais outro propagandista pra lidar com a mesma *linha* naquele hospital. No caso de Rafael, as *linhas* de medicamentos direcionados para as clínicas da ginecologia e pediatria são suas especialidade. Isso gera certa “exclusividade” fazendo com que o propagandista possa conhecer o perfil do médico que visita, isso não se generaliza por conta do setor ou especialização do médico, mas sim um perfil traçado de acordo com sua relação com o representante. Por exemplo, o médico pode ser “grosso”, pode não gostar que

o representante demore, se o médico pode ser do tipo que faz perguntas ou não. Prevendo 14 visitas por dia, a expectativa é de que serão dois médicos visitados a cada hora. Sendo bem flexível sua agenda, e seus horários, de acordo com o local onde fará a propaganda e quantidade de médicos a serem visitados no mesmo local. Além do perfil desse médico, que muito influencia. Ele programa o melhor itinerário de acordo com o setor (local/loais de atuação desse) que deve cobrir. Organiza sua agenda com o nome de 16 médicos a serem visitados, por prevenção caso algum médico esteja de folga ou não seja encontrado no horário previsto. Em seguida, ele verifica em que hospital, centro de saúde ou clínica médica cada um desses médicos estará atendendo e faz o seu roteiro de visitas daquele dia. Assim, ele não cobre o hospital ou a cidade do DF, mas ele cobre exatamente os médicos, conhecendo-os nominalmente. São visitas personalizadas de varejo, digamos, e não visitas no atacado, onde todos os médicos de um corredor ou de um hospital seriam visitados. É o tipo de medicamento que o representante tem como tarefa divulgar que define o tipo de médico e o tipo de *linha* que irá receber sua visita.

Os representantes preveem uma margem de erro na hora de programar sua agenda, pois algum médico pode estar ausente. Essa margem de erro significa ter mais médicos a serem visitados do que é possível fazer num único dia. Assim, os médicos ausentes serão substituídos por outros já elencados. E durante seu dia, Rafael sai de um hospital para uma clínica médica, da clínica médica para um centro de saúde, de um centro de saúde para outro hospital, e por aí vai até finalizar suas visitas. Algumas dessas visitas podem durar dois minutos, cinco minutos, quinze minutos, meia hora, isso depende do perfil do médico visitado. Isso permite, assim, ter uma “flexibilidade” no horário de trabalho.

Outro fator considerado é o *setor* de atuação do representante. Rafael cobria Taguatinga, Ceilândia, Gama, Valparaíso e Luziânia, ou seja, a parte sul do DF e o entorno sul do DF. Ele passa uma semana em cada uma dessas cidades, fechando assim o seu *ciclo*. O *ciclo* é a quantidade de tempo que o propagandista passará fazendo a apresentação da nova *linha*. Mas tudo começa com a lista de médicos – que são todos de determinada clínica médica – que potencialmente estarão interessados naqueles tipos de medicamentos propagandeados por aquele representante. A cada semana, ele cobre parte do seu setor, visitando os médicos de sua lista.

Em cada *ciclo*, um medicamento diferente é propagandeado para os médicos. Assim, Rafael sempre leva novos conhecimentos da biomedicina, atualizando os médicos das novas drogas. Ele me explicou isso da seguinte forma:

Como o corpo humano está sempre em constante modificação e muitas das vezes criam resistência contra alguns antibióticos, por exemplo, a atualização do profissional a respeito de novos medicamentos que estão no mercado se faz necessária. Por exemplo, eu preciso explicar para o médico que esse novo antibiótico não tem amoxicilina e sim claritromicina. (Diário de Campo, 21 de março de 2012)

Assim, a cada mês, um *ciclo* é realizado, com um conjunto de medicamentos e respectivos médicos. No próximo mês, outro *ciclo* é realizado, com outro conjunto de medicamentos e seus correspondentes médicos, que em geral são os mesmos do *ciclo* anterior a não ser que os representantes tenham adicionado novos médicos às suas listas. São aproximadamente 11 *ciclos* por ano e cada médico da lista recebe uma visita mensal de Rafael. A depender da importância desses médicos para o representante e suas *linhas*, o mesmo médico poderia receber mais de uma visita no mesmo *ciclo*. Há, portanto, uma relação social constituída e aprofundada mês a mês com estes médicos.

A influência e a quantidade de medicamentos que o médico prescreve são determinantes na escala de importância do médico na agenda do representante. E isso pode levar o rep a fazer mais de uma visita no mesmo *ciclo*. No caso de Rafael, a Dr^a Raissa, por exemplo, é uma das mais importantes da sua escala de ginecologistas, pois ela prescreve muito os medicamentos que ele lhe apresenta. Ademais, ela é muito influente na área da ginecologia. Por isso, naquela tarde, eu o vi ir até o carro e voltar com mais amostras grátis para Dra. Raissa. Essa é justamente a “roda da dádiva” descrita por Oldani: quanto mais se prescreve, mais se recebe amostras grátis. Aos olhos da indústria, médicos, pacientes e, claro, representantes comerciais ficam satisfeitos quando essa roda gira bem.

Alcançar resultados, atingir sua meta e o faturamento do seu setor são fatores de extrema importância, por conta da “vulnerabilidade” dessa profissão. O laboratório atribui tanto metas individuais como metas em grupo de acordo com suas políticas internas de faturamento e expansão de mercado. Sendo tarefa do representante conseguir adicionar um novo médico em seu sistema de visitas e aumentado assim a prescrição dos medicamentos propagandeados. Além do salário fixo, o propagandista

pode receber “premiações”, bonificação salarial, o que vai depender do desempenho do representante e se ele atingiu e superou suas cotas individuais. Essas premiações podem ser em forma de bonificação salarial ou, em outros casos, viagens nacionais e internacionais. Quando um representante supera as expectativas de venda em seu *setor* durante um *ciclo* ou um mês é certo que ele terá algum tipo de premiação por conta do seu desempenho. O contrário acontece com o representante que não conseguiu atingir a meta de faturamento do seu *setor*. Isso pode deixá-lo numa situação bem vulnerável, a ponto de correr o risco de perder seu emprego.

Rafael comparou sua profissão com a de jogador de futebol, por conta da instabilidade: enquanto você está bem, está produzindo ou fazendo gols pelo time, você está dentro, mas caso contrário, logo você é demitido. A relação amistosa não é apenas entre o propagandista e o médico, me disse ele, mas também com toda equipe médica e outras pessoas do hospital. E também com os colegas de outros laboratórios pois nunca se sabe o dia de amanhã. Ele explicou: “Você nunca sabe em qual laboratório estará trabalhando, às vezes um laboratório te oferece mais do que o que você está ganhando e é natural você mudar”. Por isso, as boas relações de vizinhança são importantes. Uma certa diplomacia é fundamental no trabalho do representante, ao que parece. Além disso, ele disse: “Cada setor tem um gerente e esse gerente te acompanha, vê seu trabalho, e tem o poder de te demitir caso ache necessário”. Não só realizar as *metas* lhe garante o emprego, mas também as idiossincrasias da hierarquia são bem percebidas por Rafael. Essa relação amistosa com seu chefe e entre os propagandistas de laboratórios diferentes também ocorre por conta da facilidade de se conseguir um cargo no laboratório que outro trabalhe, ele pode falar bem de você para o “chefe” e te indicar caso surja alguma vaga. Rafael também me revelou que é muito difícil uma pessoa conseguir trabalhar para um laboratório apenas deixando seu currículo, a maior parte das contratações é feitas por indicação, o que foi seu caso.

Trabalhando há aproximadamente quatro anos para o mesmo laboratório, foi indicado pelo seu cunhado que “achava que ele tinha o perfil de representante”. Trabalhou durante 12 anos como vendedor de ursos de pelúcia em Belo Horizonte, depois de ter se formado em administração, Rafael já tinha prática com o comércio, carisma e facilidade para o diálogo. Ao ser indicado pelo parente, fez as entrevistas

para o cargo de propagandista farmacêutico, participou de um “curso de novos” e então conseguiu o emprego, se mantendo no mesmo até hoje. Revelou-me também que casos como o dele são raros, e que a maioria das pessoas que trabalham como representante farmacêutico é da área da farmácia. As pessoas que não são da área da saúde, quando entram para o laboratório, são chamadas de *neófitos*, quer dizer, entram sem o conhecimento biomédico necessário.

Não só no relato de Rafael, mas nos demais propagandistas que conheci, pude perceber que o modo de acesso mais recorrente aos laboratórios é por indicação (apesar dos sites dos laboratórios terem locais específicos para o envio de currículos para essa função). Visitando alguns sites localizei o local para o envio de currículos para as mais variadas funções dentro da indústria farmacêutica, como de médico, farmacêuticos, administradores e contadores, por exemplo. Voltada ao marketing muitos apresentavam o cargo de representante farmacêutico.

Pessoas que já trabalham na indústria farmacêutica, ou em farmácias, em geral são indicadas por algum conhecido para o laboratório. Nesse ramo é muito comum que haja uma rede de contatos dos representantes, eles conhecem uns aos outros e sabem para qual laboratório trabalham. O “curso de novos” aborda assuntos gerais e específicos relativos aos medicamentos e suas áreas específicas, para aqueles, que acabam de entrar para o ramo, conseguirem “falar na mesma língua que o médico” segundo Rafael. Há também cursos periódicos de atualização onde todos devem participar. Boa parte desses cursos acontecem nas grandes sedes dos laboratórios e os representantes têm a chance de viajar para outras capitais, conhecer o país e ganhar prestígio dentro da profissão (e também fora dela).

Entre a agenda e a amostra grátis

A rotina de um/uma propagandista varia muito de acordo com o laboratório para o qual trabalha, com o tipo de medicamento que é propagandeado, com as cidades que devem ser visitadas e também com a forma com que a pessoa decide organizar a sua agenda de visitas aos hospitais, postos de saúde, clínicas médicas, farmácias (particulares), médicos e médicas uma vez conhecido o trabalho de Rafael, vale a pena descrever de forma mais detalhada suas categorias centrais: *agenda, setor, ciclo, linha* e amostra grátis.

A agenda

A liberdade com que os propagandistas têm para programar suas agendas é algo sempre falado e muito valorizado nesse ramo de trabalho tendo em vista a possibilidade de controle sobre suas rotinas e afazeres básicos que devem ser cumpridos como visitas, responder e-mails e preencher formulários.

A agenda do propagandista se baseia de acordo com o *setor* de ação do mesmo, o *ciclo* de trabalho e a *linha de medicamentos* que será propagandeada. Vejamos, então, no que consiste “setor”, “ciclo” e “linha”.

Os *setores* são os lugares correspondentes à área de atuação do profissional. As 28 Regiões Administrativas do DF e os municípios do entorno entram nos *setores* da maior parte dos propagandistas que tive contato, mas alguns também têm em suas agendas locais interestaduais. A divisão é muito bem feita para que não haja dois propagandistas trabalhando com os mesmos medicamentos no mesmo *setor*. Por exemplo, se um propagandista propagandeia os medicamentos para ginecologia na Ceilândia, Taguatinga, Guará e Gama, o seu colega de laboratório, que trabalha com a mesma *linha* de medicamentos irá efetuar em outro *setor* como em Sobradinho, Paranoá, São Sebastião e Planaltina. Caso a quantidade de médicos do setor seja bem além do que apenas um propagandista consegue visitar, outro poderá ser destinado a trabalhar no mesmo *setor* e com as mesmas *linhas*. Não sendo difícil ver, por exemplo, um representante onde o seu *setor* é composto apenas de duas, ou mesmo apenas uma cidade. Isso quer dizer que para sua *linha*, naquela cidade há muitos médicos para contatar.

No ramo dos propagandistas, a agenda de visitas geralmente é fechada em *ciclos* de semanas ou de dias. No caso de semanas, a divisão é feita da seguinte maneira, durante quatro semanas, o representante irá trabalhar com uma *linha*. Já se a divisão for em dias, são 23 dias de trabalho com a *linha*, ambos para fechar um *ciclo*. A escolha do *ciclo* vai de acordo com o propagandista e como ele deseja organizar a sua agenda. Sendo que essa divisão é feita de acordo com o *setor* do propagandista, cabendo a ele organizar qual o melhor trajeto a se fazer para realizar suas visitas e também de acordo com a importância daquele local a ser visitado. Conheci, por exemplo, uma propagandista que fazia todas as cidades do DF e entorno, menos

Brasília. Ela organizou sua agenda em semanas, sendo que na 1ª semana, por exemplo, faz de Sobradinho até Formosa, na 2ª semana faz Taguatinga e Ceilândia, na 3ª semana do Gama até Cristalina e na 4ª semana volta a fazer Taguatinga e Ceilândia. O fato de ela optar por fazer duas semanas de Taguatinga e Ceilândia é por conta do potencial (quantidade de médicos que prescrevem os medicamentos propagandeados por ela) que é apresentado nessas duas cidades, aumentando o rendimento. Se tomarmos esse exemplo, o *setor* seria o local onde ela vai atuar, no caso as cidades do entorno e as cidades do DF menos o Plano Piloto, e *ciclo* seria a divisão feita por ela das visitas em quatro semanas.

As *linhas* são os medicamentos que são destinados para cada propagandista propagandear, sendo assim eles podem trabalhar com medicamentos de várias *linhas* diferentes como da endocrinologia, cardiologia, dermatologia, etc. Como os *setores* são divididos para que dois propagandistas do mesmo laboratório não visitem o mesmo médico, também é feito um forte controle com relação à visita dos médicos. Se um médico está na lista de um propagandista com a *linha* da endocrinologia no HRC e esse mesmo trabalha no HRAN onde outro propagandista do mesmo laboratório, representa a mesma *linha*, apenas um irá propagandear a *linha* para o médico. Isso é uma forma de gerar certa “exclusividade” de cada propagandista para aquele médico, facilitando o conhecimento sobre os médicos visitados. Há o registro, feito pelo laboratório (dados básicos, nome, endereços de consultórios, telefone), dos médicos que são visitados e esse registro facilita a organização das agendas para não ocorrer a sobreposição de um mesmo consultório. Esta consequência deriva da necessidade de especializar o representante. Ao mesmo passo, fica claro como o trabalho depende da criação de laços.

Visitando o médico

Ao chegar ao local onde pretende fazer sua visita, o propagandista se dirige ao guichê da área de trabalho do médico, se informa a respeito do médico, se ele está presente no local e em qual consultório se encontra, então se dirige para o consultório desejado.

Em frente ao consultório alguns entram de vez, outros batem na porta, e alguns esperam até terem a permissão do médico para poderem entrar. Momento esse que é

geralmente rápido, poucas foram as vezes que vi propagandistas esperando por muito tempo para fazer sua visita ao médico. Por exemplo, durante uma espera considerada demorada, fiquei conversando com um propagandista por quase uma hora enquanto esse esperava para entrar em um consultório, sendo que o mesmo já estava esperando quando cheguei ao local e andei pelo ambulatório médico durante uns 15 minutos até voltar e começar a conversa. Um exemplo de rapidez é quando o propagandista termina de se informar sobre o médico e ao se dirigir ao consultório apenas bate e entra, ou espera pela saída de algum paciente, o que pode levar cerca de quinze minutos.

Como dito acima, a visita dos propagandistas aos médicos costuma ser recorrente. Sendo assim, o propagandista já tem um conhecimento prévio sobre o perfil do médico que está visitando, e a partir disso é elaborada a melhor estratégia possível para que seja uma visita com sucesso. Esse perfil previamente conhecido do médico a ser visitado facilita também na organização do tempo que o propagandista pode gastar ali com aquele médico de acordo com o tempo que lhe é cedido pelo mesmo.

Os médicos contam com as informações trazidas pelos propagandistas mas também contam com as amostras grátis. Para o médico essa “troca de informações” é tida como algo vantajoso para sua própria atualização sobre as novas tecnologias da indústria farmacêutica. Por conta da indisponibilidade de tempo para estar se atualizando de outras maneiras, como com leituras de artigos científicos da área médica ou novas especializações ou cursos. Muitos médicos se dividem em rotinas de trabalho entre consultórios particulares e públicos, onde muitas vezes esse “tempo para se atualizar” por conta própria é destinado a outras atividades, como as de lazer com a família e amigos. Logo, para realizar uma boa prescrição do medicamento indicando o uso adequado do mesmo, tendo em vista evitar o chamado uso irracional do medicamento (Etkinetall, 1999), a informação trazida pelo representante farmacêutico se faz vantajosa, acreditando ser essa uma informação confiável.

Os propagandistas têm conhecimento se aquele médico é do tipo que quer ouvir toda informação que tem para passar em cinco minutos ou em 30 minutos, também precisa saber se é do tipo de profissional que faz perguntas. Essa construção do perfil do médico é algo que surge com as visitas, muitas vezes no primeiro contato

com o médico onde ele mostra o espaço para se propagandear o medicamento. Mas a visita ajuda muito a traçar a tipologia da classe médica.

O lidar do propagandista com a classe médica é algo muito valorizado, pois ali dentro do consultório os representantes não vendem apenas um medicamento, mas uma imagem, sua imagem e a imagem do laboratório que representam. Essas visitas tendem a ocorrer pelo menos uma vez por mês, que é mais ou menos a duração de um *ciclo*, fazendo assim com que o médico tenha contato mensal com aquele propagandista passando a conhecer melhor os medicamentos do laboratório representado.

Feita a visita ao médico o próprio propagandista analisa se aquela visita obteve sucesso ou não. A visita em que o propagandista tem sucesso é aquela onde o médico recebe bem as informações e os medicamentos, e o interesse demonstrado em prescrever o mesmo. Sendo uma análise muito intuitiva por parte do propagandista, pois o mesmo não tem garantia certa de que o médico realmente irá prescrever o medicamento levado. Mas essa ideia de sucesso do propagandista não é algo garantido, pois o mesmo depende da prescrição do medicamento pelo médico para que seja realmente uma visita de sucesso. A certeza de que o médico prescreveu o medicamento propagandeado por um propagandista nem sempre é algo fácil de comprovar, e as visitas de mês em mês servem também para ter certo tipo de controle. Quando os propagandistas retornam para a visita do próximo *ciclo* ele geralmente pergunta como foi a aceitação do medicamento, se o médico gostou, como os pacientes receberam, algo também que requer um retorno para o laboratório. O laboratório tem um controle sobre a venda dos seus medicamentos nas farmácias e se por acaso algum *setor* não está tendo um bom rendimento será realizada uma avaliação sobre os propagandistas que agem ali.

A importância do saber biomédico

Conversando com propagandistas de alguns laboratórios, pude entender quais são as funções que eles exercem e como essas são feitas no dia a dia. Não existe um padrão sobre a “função principal” do propagandista, mas os entrevistados sempre seguem duas correntes de pensamento, a de propagação do conhecimento científico atualizado para os médicos e convencimento desses médicos a prescrever os

medicamentos propagandeados, que vem em decorrência dessa exposição do conhecimento científico produzido pelo laboratório que eles representam. Ressaltando, esses atores, que a exposição do conhecimento científico para o médico é o fator principal para a prescrição do medicamento. Pois o convencimento é feito a partir dessa passagem de informações.

Por conta do conhecimento biomédico sempre estar repleto de novas descobertas se tem um motivo para os propagandistas levarem o conhecimento científico de seus laboratórios aos médicos. Esse “novo” conhecimento científico é representado pelo medicamento, sendo esse um produto gerado pelas novas tecnologias. O conhecimento científico levado aos consultórios nunca vem sozinho, as amostras grátis são sempre sua acompanhante.

Em todos os relatos, foi possível perceber a importância dessa atualização dos médicos, sendo esse um serviço, segundo os entrevistados, oferecido unicamente pelo propagandista farmacêutico. Estes alegam a falta de tempo do médico para essas atualizações e muito dificilmente irão usar suas horas vagas para ir atrás desse conhecimento em outros meios como em revistas científicas.

Com as constantes pesquisas e descobertas da indústria farmacêutica, novos medicamentos, com novas posologias saem o tempo todo e os laboratórios têm profundo interesse que os médicos passem a conhecer e prescrevê-los.

Amostra grátis

A amostra grátis oferecida é um meio pelo qual o médico pode testar e provar a eficiência do produto ofertado. Quando o propagandista deixa a amostra grátis para o médico, a quantidade certa para um tratamento completo é oferecida, e o médico escolhe para quem ele vai dar este tratamento. Além disso, dependendo da influência, o médico pode receber ou requisitar mais ou menos amostras grátis, de acordo com sua necessidade e disponibilidade de medicamentos que o representante têm naquele momento, não impedindo que em outra ocasião o representante volte apenas para entregar as amostras grátis solicitadas.

Nas farmácias visitadas por propagandistas também são deixadas amostras grátis que os funcionários podem dar de brinde para os fregueses de acordo com

critérios que eles mesmos estipulam ou às vezes os mesmo funcionários pegam para familiares ou para o próprio consumo.

Para o laboratório farmacêutico existe a necessidade de dar essas amostras grátis por conta do teste que passa a ser feito, pois os médicos, muitas vezes dão retorno de como o medicamento funciona ou não, em que quesitos, e seus efeitos adversos, além de fazerem um tipo de teste de conhecimento dos propagandistas a respeito da droga fornecida (Oldani, 2004).

No meio médico existem profissionais que aceitam ou não receber propagandistas ou amostras grátis. Mesmo recebendo as informações passadas pelos propagandistas e até mesmo que prescrevam aquele medicamento alguns profissionais preferem não receber amostra grátis.

Prescrição e responsabilidade

A partir do contato que tive com os representantes farmacêuticos dos mais diversos laboratórios, percebi que hoje, pouco se explicita a respeito dos “presentinhos”, famosos por serem distribuídos por esses atores. Apesar dessas afirmações, congressos e amostras grátis são corriqueiros nesse campo, além de almoços para a disseminação do novo conhecimento tecnológico desenvolvido.

O fato é, esses representantes têm acesso direto aos médicos da rede pública e particular de saúde, e se tratando da rede pública de saúde o privado adentra o público. Inicialmente se tem a disseminação das amostras grátis dentro dos consultórios médicos, que é um primeiro passo para que o usuário recorra à farmácia particular para então poder continuar a desenvolver seus tratamentos.

Tendo em vista que o médico pode ser coagido pelos representantes não apenas através do novo conhecimento biomédico produzido pelo seu laboratório, e sim por outros motivos. A saúde do usuário entra em jogo, a partir do momento em que a percepção do médico a respeito do medicamento está sendo coagida por motivos que não a saúde do paciente em primeiro lugar.

Capítulo II

A farmácia

Introdução

A Guariroba é um bairro que está localizado na Ceilândia. Nesta cidade encontram-se 12 Centros de Saúde ao todo, para exercer o atendimento em sua área abrangente (GDF, 2013), há na Guariroba 3 desses. O Centro de Saúde (doravante, CS), onde foi realizada a pesquisa, oferece atenção básica de saúde à teoricamente cerca de 30.000 pessoas que habitam a área da Guariroba.

O CS tem programas ativos, como aqueles voltados aos “grupos de hipertensão e diabetes”, assistência à saúde do idoso, assistência à saúde da mulher e criança, assistência social, assistência farmacêutica, além de atendimento por especialistas como clínico geral, ginecologista, nutricionista, odontólogo, pediatra, farmacêutico, assistentes sociais. Além disso, conta também com enfermeiros, técnicos em enfermagem e agentes comunitários de saúde, dentro do Programa Saúde da Família.

Na entrada, existe um balcão de recepção, onde se marcam consultas e exames, além de receber as mais diversas informações sobre o funcionamento do CS. É ali que se arquivam os prontuários dos pacientes, até bem pouco tempo atrás unicamente na versão em papel. Esse local é chamado de “Informática”, embora só recentemente computadores estejam sendo usados. Ali, há uma complexa forma de arquivamento dos prontuários, que quando colocados no local errado podem se perder “para sempre” ali dentro, surgindo a necessidade de se fazer um novo documento e se perdendo todo um histórico clínico acumulado pelo paciente.

Depois da marcação, a pessoa passa pela sala de acolhimento, onde enfermeiras e técnicas em enfermagem fazem uma espécie de pré-consulta, com aferições de pressão arterial e glicemia capilar, inscrição em grupos de apoio, indicação para a consulta etc⁷. Em seguida, a consulta é realizada com o clínico geral que estiver à disposição. Além dos exames clínicos, em geral, medicamentos são prescritos.

Dentro desse ambiente, entre consultas e exames, a farmácia tem tomado um espaço essencial, um momento de “conclusão” do serviço procurado e esperado,

⁷ Para uma etnografia dessa sala de acolhimento em específico, ver Bezerra, 2011.

seguido da eficácia do tratamento. Mas daremos mais atenção para esse momento de “conclusão” neste espaço. Abaixo, irei apresentar porque entendo como uma “conclusão” de várias etapas de atendimento antes oferecidas. Grande parte da população brasileira retira seus medicamentos em farmácias da rede pública de saúde (Ministério da Saúde, 2012). Estes medicamentos são distribuídos de forma “gratuita”, mas muitas vezes são tidos como “dávias” pela população atendida e também pelos profissionais de saúde.

A distribuição gratuita começou no Brasil em 1987 com a ideia de Farmácia Básica que disponibilizava medicamentos da atenção primária de cuidados ambulatoriais (Bermudez, 1992; Guerra Jr, et al, 2004). Foram acrescentados posteriormente medicamentos de uso contínuo, tendo, em 1989, 50 milhões de pessoas contempladas pelo programa (Medici e al, 1991). Dentro de uma ideia de regularidade da Assistência Farmacêutica tem-se um

Conjunto de ações desenvolvidas pelo farmacêutico, e outros profissionais de saúde, voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto no nível individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e o seu uso racional. Envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população. (OPAS 2002 -15).

A dispensação desses medicamentos requer atenção desde o médico que o prescreve até o atendente de farmácia que o dispensa, além do conhecimento por parte do médico acerca dos medicamentos que estão disponíveis gratuitamente e a atualização por parte do dispensador a respeito de possíveis mudanças de nome ou composição dos fármacos. Mas, o que se vê na prática pode não ser o que se espera. Essa assistência multifacetada nem sempre se faz presente nos locais públicos de saúde, e a farmácia não tem um papel muito além de dispensar os medicamentos. A ideia de “assistência farmacêutica” de acordo com a Associação Pan-americana da Saúde (OPAS) nem sempre é conhecida pelos trabalhadores da farmácia, mas isso não significa que não exista “assistência farmacêutica” naquele espaço. A comunicação entre equipe médica e usuários tem mostrado várias falhas, os usuários não entendem o que os médicos dizem vice-versa. Essas falhas de comunicação geralmente são

percebidas na hora da dispensação do medicamento prescrito pelo médico. Muitas vezes, o paciente chega ao balcão da farmácia e mesmo com a receita em mãos, não tem informações básicas como o nome do medicamento e o modo de administrá-lo.

Apesar de abranger alguns importantes medicamentos para o controle de doenças como hipertensão e diabetes, há uma gama de medicamentos que não são dispensados gratuitamente nas farmácias que não estão na RENAME, tendo, os usuários, que recorrer às farmácias particulares. E mesmo com a dispensação de diversos medicamentos pelas farmácias do centro de saúde e hospitais, a distribuição pode ter atrasos, medicamentos podem ficar faltando e novamente se faz presente o papel do dispensador da farmácia buscar meios de resolver os impasses no seu local de trabalho (Frenkle, 2011). Esse protagonismo do dispensador não é uma regra, mas foi percebido no CS pesquisado.

Metodologia

Durante quase cinco meses estive no CS, frequentando, sobretudo o espaço exíguo de sua farmácia. Conversei e dirigi perguntas a vários funcionários e usuários, principalmente os três funcionários da farmácia. Além disso, geralmente, acompanhava o “grupo de apoio aos hipertensos e diabéticos”⁸, assisti às palestras, conversei com os participantes enquanto esperavam pelas consultas e então passava à farmácia, onde observava e dialogava com os funcionários sobre vários episódios que aconteciam durante o dia-a-dia de trabalho naquele local.

Fazia sempre meus registros em cadernos ou diários de campo e os adensava e revisava ao chegar em casa, lembrando e acrescentando algumas ideias ou partes de diálogos que estivessem incompletos.

Quando primeiro me inseri em campo, me sentia meio intrusa e desconfortável por abordar pessoas que nunca havia visto antes e perguntar sobre suas doenças, trajetórias de vida e família, práticas de trabalho, assuntos que muitos julgavam ser de aspecto pessoal. Foi um pouco difícil, mas com o tempo fui me adaptando e deixando

⁸ Esses grupos têm reuniões de três em três meses ou quatro em quatro meses, geralmente eles assistem à uma palestra ou vídeo informativo sobre hipertensão e diabetes e então fazem a aferição da pressão e glicemia, após são encaminhados para a consulta de rotina e por fim, acabam na farmácia do centro de saúde para retirar seus medicamentos.

de lado o receio de abordá-las. Apesar dessa maior dificuldade de interação com os pacientes, a maioria deles se mostrou bem prestativa e disposta a engajar-se nas conversas, além de interessados em saber da pesquisa e de seus desdobramentos. O que eu fazia ali e se eu iria ajudar a melhorar o CS eram algumas das curiosidades destas pessoas. Os pacientes também pensavam que eu fazia parte da equipe de profissionais da saúde, embora eu não usasse crachá ou jaleco, e sempre me perguntavam se eu era estudante de enfermagem ou medicina.

Quando me inseri na farmácia também senti essa reserva e constrangimento, mas, houve uma grande recepção e atenção por parte dos servidores, pois eles já haviam tido contato com as outras pesquisadoras e sabiam do trabalho que fazíamos ali. Eles se tornaram ótimos informantes e colaboradores da pesquisa. Ali dentro eu me sentava, conversava, ouvia muito e anotava mais ainda.

A farmácia

A farmácia em questão é um local pequeno em formato de L. O balcão de atendimento fica ao lado da porta que dá acesso ao seu interior. A porta foi dividida ao meio, isto é, adaptada para também poder servir de balcão quando o movimento estivesse mais intenso. Existe um vidro que separa o atendente do paciente. Foi-nos explicado que o vidro tanto protege os funcionários de possíveis “contaminações” de doenças por parte dos usuários, quanto de possíveis agressões e desacatos físicos aos funcionários. Inclusive, acima do vidro, há um aviso bastante visível sobre a lei que protege o funcionário público. Ao que parece, a relação com os pacientes é uma questão que desperta posições ambíguas.

Dentro da farmácia, logo abaixo do balcão, há uma pequena bancada onde estão localizados os medicamentos mais frequentemente dispensados, na sua maioria são itens para hipertensão arterial e diabetes mellitus e outras doenças crônicas e recorrentes entre os usuários.

Ao lado do balcão, fica uma mesa com computador, onde se registram os medicamentos que foram dispensados e o pedido por novos medicamentos. É na máquina, portanto, como me repetiam, onde se “faz o controle” da movimentação da farmácia. Hoje já existe um sistema onde os computadores das farmácias de centros de saúde e hospitais do Distrito Federal são interligados com o Núcleo de

Medicamentos para Atenção Básica (NUMAB). Mas, à época da pesquisa, isso não existia ainda, e observamos formas criativas para fazer a “contabilidade” da dispensação farmacêutica. Ao lado do computador, encontra-se uma geladeira que guarda os medicamentos que necessitam de controle de temperatura, como as insulinas, por exemplo. Ao lado da geladeira, encontra-se uma espécie de armário de vidro trancado com chave, onde ficam alguns medicamentos armazenados em pequenas ampolas e medicamentos em pequenos frascos de vidro que precisam de um cuidado maior e controle de acesso justamente por conta da fragilidade, e por isso, é preciso manter devidamente fechado.

Todo o resto do espaço em “L” é ocupado por grandes e longas prateleiras que estocam os medicamentos em caixas, maiores ou menores. Algo que me saltou aos olhos foi a forma criativa onde parte desses medicamentos que não se encontravam nas caixas originais estavam alocados. Foi nos explicado que, há algum tempo atrás, o atendente principal divulgou entre os usuários da farmácia a necessidade de arrecadar potes de sorvete e margarina. A campanha surtiu efeito entre a população que frequenta essa farmácia que doou uma grande quantidade de recipientes. Esses potes, devidamente identificados, foram a forma que o funcionário implantou para facilitar o manuseio dos medicamentos na hora de dispensar.

O funcionamento da farmácia é das 7h até as 17h, com um intervalo, de 12h às 14h, para almoço dos funcionários. Não se pode dizer que há um dia exato com maior movimento ou fluxo de pessoas, pois isso varia de acordo com a presença de mais ou menos médicos (atores prescritores) no Centro de saúde. Além disso, no dia da entrega dos medicamentos por parte da Secretaria de Estado de Saúde, também há grande afluxo de usuários retirando os itens farmacológicos que estivessem em falta. O dia dessa entrega dos medicamentos na farmácia, geralmente no início de cada mês, é sempre repleto de pessoas e de trabalho. Os funcionários devem, ao mesmo tempo, repor, organizar, estocar e dispensar os itens.

Embora, em todo esse tempo, eu tenha presenciado vários dias de chegada de novos estoques, houve sempre também, do lado de fora do balcão, um aviso com os medicamentos que estavam em falta. Essa lista geralmente é desacreditada ou, ao menos, desconsiderada pelos usuários, já que se dirigem ao balcão para perguntar se certo item passou a faltar ou apenas para confirmar sua falta, muitas vezes antiga.

Nesse sentido, há vários avisos escritos espalhados pelas paredes do CS, mas parece que a comunicação escrita não é a forma mais valorizada e seguida pelos usuários.

Naquela farmácia, trabalham três homens, um farmacêutico e dois técnicos em farmácia, que se revezam para atender o público. Às vezes, trabalham em pares nos momentos com fluxo mais intenso de pacientes. Notei uma constante cooperação entre eles. Por exemplo, enquanto um atende o balcão, outro repõe medicamentos ou ambos, simultaneamente, dispensam medicamentos usando a porta adaptada como um segundo balcão. Pude conviver com mais intensidade com dois deles, um farmacêutico e outro técnico em farmácia, que originalmente era agente de portaria.

Os atores que fazem a farmácia funcionar

Dos três trabalhadores da farmácia temos Otávio, que vem de um quadro diferenciado dos outros dois servidores. É formado em farmácia e teve uma longa experiência na área farmacêutica trabalhando para o exército e por fim na secretaria de saúde do GDF. Paulo tem uma história dentro da secretaria de saúde bem parecida com a de Marcos, primeiramente trabalhou como agente de portaria e então foi relocado para a farmácia do centro de saúde, mas também ajuda em outros locais, como a informática, quando a farmácia está com o movimento calmo. E por fim temos Marcos.

Por conta da convivência mais prolongada, e maior fonte de dados, irei descrever Marcos, que tem 18 anos de Secretaria de Estado de Saúde (SES) e 8 anos trabalhando na farmácia do CS. Ele começou nesse CS como “agente de portaria”, responsável por supervisionar a entrada e saída das pessoas do CS, por exemplo. Mas muitos que trabalham na "Informática" e em outras áreas do CS também começaram assim. Certa vez, quando o funcionário original da Farmácia esteve de férias ou afastado, a direção pediu que Marcos ajudasse. Desde então, está ali. Muito do que ele aprendeu sobre a farmácia foi na prática e por conta própria, com pesquisas na internet, nos documentos do Ministério da Saúde e GDF a respeito dos princípios ativos dos medicamentos, em um grande esforço autodidata. Ainda na farmácia, ele fez alguns cursos oferecidos pela SES, que, apesar de serem do interesse dele, não o

motivam muito tanto pela distância onde são oferecidos no DF, geralmente na FEPECS⁹ no Plano Piloto, quanto pelo custo de se locomover até ali e se manter durante o mesmo. Mesmo já tendo feito vários, hoje em dia pouco se motiva a fazer um novo curso.

Por muito tempo, não recebeu suporte específico da SES ou mesmo do CS para a contabilidade dos medicamentos, e então, ele mesmo inventou o seu sistema de controle de entrada e saída de medicamentos com a ferramenta Microsoft Excel. A partir das suas anotações, ele podia de forma mais rápida e eficiente fazer suas “estatísticas” tanto para informar o CS quanto o NUMAB, sobre o novo pedido mensal dos medicamentos. Não apenas interessado pelo seu trabalho, Marcos fazia possível perceber claramente a sua preocupação com os indivíduos usuários do SUS, que será apresentada em seguida.

Por ser uma pessoa de opinião firme, vezes ou outras se fazia possível notar o descontentamento por conta das imposições da chefia e da SES com relação às chamadas “estatísticas”. Essas deviam ser feitas e entregues, e nem sempre o julgamento da pessoa que a preenche condiz com a realidade do que se tem com o trabalho de dispensar os medicamentos, não sendo assim úteis para a melhoria do trabalho oferecido na farmácia e na dispensação. Apesar das críticas, as “estatísticas” sempre são feitas e entregues de acordo com o que exige as “chefias”. Não que esse ato o impedisse de questionar essas práticas.

Os fluxos e práticas que perpassam a farmácia: a estratégia da "atenção diferenciada"

O público mais numeroso desta farmácia são os pacientes que convivem com doenças crônicas, na sua maioria pessoas idosas, os chamados localmente de “pacientes de cartão”. Os funcionários da farmácia não têm números exatos, mas pela experiência, calculam que sejam cerca de 1.500 pacientes vinculados a esse CS a conviver com a hipertensão arterial e a diabetes mellitus. Com a necessidade de

⁹ A Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde é o resultante de um processo que abrange mais de quatro décadas de trabalho ininterrupto, orientado ao desenvolvimento de habilidades e competências dos servidores e profissionais de saúde que compõem o Sistema de Saúde do Distrito Federal. Consolidou-se na perspectiva para o alcance de novos objetivos relacionados à implantação do ensino de graduação, ampliação da oferta de cursos de pós-graduação lato e stricto sensu, bem como da busca da excelência das demais atividades de educação.

“controle terapêutico”, há familiaridade entre os funcionários e os pacientes. Esse “controle” além de regular a utilização do medicamento, o acompanhamento médico, e a frequência mensal ao CS para a retirada de medicamentos, faz com que o contato com os pacientes seja de alguma forma rotineira. Muitos dos pacientes são conhecidos e tratados por seus nomes pelos atendentes da farmácia. Dependendo da proximidade entre o paciente e o servidor e do tamanho da fila para retirada dos medicamentos, pequenos diálogos entre atendente e usuário acontecem quando chegam ao balcão durante sua vez no atendimento. Perguntas em geral à respeito da pessoa e familiares são feitas e recomendações à respeito dos medicamentos.

Além da demanda por pacientes crônicos, há uma demanda por medicamentos de uso infantil e também para, como chamam, a “saúde da mulher”. Como na atenção básica em geral, há com frequência programas para as mulheres e crianças, há uma grande dispensação de xaropes para gripe, vermífugos, vitaminas para crescimento bem como contraceptivos e gineco-urinários.

O medicamento é de extrema importância para um tratamento ou para o controle de doenças, sendo uma peça-chave para a conclusão do “ciclo”. Da mesma forma, a falta do mesmo inviabiliza essa esperada continuidade do tratamento, principalmente dos pacientes com doenças crônicas que dependem desse controle.

Vejamos o que quero dizer com a ideia de “ciclo” e também “controle”, mesmo no caso de doenças ditas incuráveis, como a hipertensão e a diabetes. A ideia de ciclo no caso das pacientes crônicas começa com a ocorrência de uma “crise”. Foi-nos explicado por vários pacientes que, em casa ou no trabalho, se sentiram mal e, recorrendo a algum serviço emergencial na cidade, descobriu-se um índice “anormal”, seja de pressão sanguínea, seja de glicose. Do pronto socorro, se recomendou que a pessoa procurasse marcar uma primeira consulta. A partir desta consulta, as pessoas com níveis muito preocupantes destas doenças entram no “grupo de apoio” e deverão comparecer às consultas trimestral ou quadrimestralmente, para os pacientes dos “grupos de diabetes” e para os pacientes dos “grupos de hipertensão”, respectivamente. Estes pacientes recebem um “cartão”, onde ficam registrados tantos os medicamentos que deverão ser tomados quanto a data da próxima consulta. Esse cartão é o que permite que se retire na farmácia diretamente, a cada mês, os tipos e quantidades de medicamentos prescritos. Para estes pacientes, após seis meses

encontrando apenas os funcionários da farmácia, devem voltar à uma consulta e, com o médico, “validar” seu cartão. Essa “validação” é feita no consultório, quando o médico, a partir de exames clínicos e laboratoriais, poderá avaliar se o fármaco e a dosagem indicados anteriormente continuam acertados. Quando se passa muito tempo sem consultar o médico, o quadro da doença da pessoa pode ter mudado ou alterado havendo necessidade de trocar algum medicamento, aumentar ou diminuir a dose, etc. Entre os pacientes dos “grupos”, esse acompanhamento e também a validação são garantidos e automáticos. Já entre as pessoas que utilizam medicamentos continuados mas que não participam do grupo, existe essa necessidade de marcar e esperar por uma consulta para que haja esse “controle” por parte da instituição. Pode-se ter o cartão e não participar do grupo de “hipertensos e diabéticos”.

No dia da consulta marcada, o usuário participa do “grupo de apoio”, onde tem seus índices corporais medidos, recebe palestras técnicas sobre as doenças e depois é encaminhado à consulta e, só então, está apto para pegar seus medicamentos. Com os demais pacientes, o processo se dá com a marcação da consulta, o atendimento desejado e também é finalizado na farmácia. A diferença é que a consulta no caso do segundo grupo não tem previsão de quando acontecerá. Assim, o “ciclo” é o trajeto em que o paciente passa por todas essas fases dentro do CS. O ciclo, do ponto de vista dos profissionais, ajuda a manter esse paciente “controlado” dentro do tratamento de sua doença crônica.

Embora se tenha planejado todo esse ritual para os pacientes crônicos e se saiba, de forma previsível, que irão demandar certa quantidade de medicamentos na farmácia, ainda assim, observei a falta de medicamentos como uma prática comum. Não só os pacientes crônicos sofrem com a falta de medicamentos, mas toda esta população que requisita certo tipo de medicamento que não tiver sido comprado e/ou entregue no CS.

Essa “não chegada” dos medicamentos aos centros de saúde explicita vários fatores: determinado medicamento pode não ter sido pedido pela farmácia; o medicamento pedido pode não ser o que os prescritores passam a indicar e vice-versa; o medicamento pode ter sido mais prescrito do que o planejado e esgotar-se em vários centros de saúde e também no depósito central que faz a distribuição; o medicamento

pode não ter sido comprado pela Secretaria de Estado de Saúde, embora tenha sido pedido pela unidade local; a Secretaria de Estado de Saúde pode trocar um medicamento por outro (por razões farmacológicas, econômicas, burocráticas); a entrega, por parte da indústria, pode ter sofrido atrasos etc. Os funcionários da farmácia em questão, no entanto, tendem a encontrar razões externas para os problemas, tanto no nível da compra quanto da distribuição pelos órgãos e empresas responsáveis; mas nunca no nível da produção de estatísticas da farmácia e pedidos que são feitos pela mesma. Notei que muito dificilmente Marcos ou os outros funcionários da farmácia tem gerência para mudar essas situações tidas por eles como “externas”. E a falta de medicamento continuava.

Tendo em vista essas possíveis situações, os funcionários desta farmácia procuram por alternativas. Um exemplo se dá no nível do estoque de medicamentos. A equipe faz pedidos com 30% a mais dos medicamentos para compensar atrasos de entregas e/ou entregas incompletas no período esperado. Quando esse expediente é insuficiente, notei que os três funcionários encontraram outra solução, o que denominam de “atenção farmacêutica diferenciada”.

Os funcionários da farmácia sabem da necessidade do paciente de receber o medicamento desejado/prescrito e como não pode supri-la com o item, eles colocam em prática o que chamam de “atenção diferenciada”. Vejamos alguns exemplos dessa prática. Quando o paciente vai ao posto retirar seu medicamento e não o recebe, os três funcionários procuram dar informações que possam, por ventura, ajudar a encontrar o dito medicamento. Eles reconhecem que essa estratégia não tem o mesmo valor que o oferecer o medicamento em si. Essas informações se referem a outros centros de saúde que ainda contam com o item; se existe uma data prevista para chegada do medicamento; se é um medicamento que não virá mais e precisa ser adquirido pelo usuário em farmácias privadas etc. A não-certeza é algo que não deixa o paciente satisfeito, mas, da perspectiva destes funcionários, alguma informação supre a necessidade temporária de receber algo.

Pude perceber que tudo que “não se encaixa no dever de dispensar o medicamento” se verte nessa categoria chamada por eles de “atenção diferenciada”. Às vezes, o medicamento chega à farmácia central e não há transporte interno no DF para fazê-lo alcançar o centro de saúde em questão, por exemplo. Mesmo não sendo

parte das atribuições desses funcionários, eles muitas vezes se deslocam em seus carros particulares (já que o CS não tem carros à disposição) para buscar o medicamento no centro da cidade, onde está localizado o depósito central do NUMAB. Às vezes, é necessário fechar a farmácia para que o funcionário faça esse deslocamento até o depósito central.

Há outras circunstâncias em que presenciei, na prática, como essa “atenção diferenciada” acontecia, para além da falta de medicamentos. O paciente, muitas vezes, chegava à farmácia sem conseguir entender o que estava escrito na receita. Os funcionários atuam como **tradutores**: eles informam sobre o medicamento que acabara de lhe ser prescrito dentro do consultório médico. Essa informação era dada pelo atendente da farmácia sobre como tomar o medicamento, em que momento do dia, com que frequência, com ou sem jejum alimentar, por quanto tempo etc. Informações básicas sobre a posologia eram oferecidas na farmácia e não pelo prescritor, onde tradicionalmente se espera receber essas informações. Informações essas que por vezes é ou não era oferecida pelo prescritor, ou por vezes o prescritor não a passava de forma compreensível para o paciente no momento da consulta. Talvez por vergonha ou algum outro motivo, o paciente não perguntava esses detalhes ao médico e deixava para fazê-lo com os atendentes da farmácia, que já conhecia de longa data e que, aparentemente, sentia uma proximidade ou familiaridade maior. É bom lembrar que Marcos e Paulo frequentavam a Guariroba. O primeiro por ali morou há alguns atrás, o segundo ainda é morador do bairro. Além disso, há uma horizontalidade entre eles e os usuários do CS em termos de classe social, linguagem, origem regional, sendo que pais e avós nasceram e vieram de cidades do Nordeste brasileiro para o Distrito Federal nas décadas de 1960 e 1970.

Essa “atenção diferenciada” é considerada por estes três funcionários o grande diferencial de seu atendimento, sobretudo em comparação às outras farmácias dos centros de saúde da Ceilândia. Essa comparação era traçada por eles com frequência. Dar mais atenção ao paciente satisfaz este último, mas também o trabalhador da farmácia. Muitas vezes, foi-me narrado por Marcos e também por Otávio, que o paciente vinha do consultório sem que o médico tivesse lhe olhado nos olhos e simplesmente haveria lhe entregue uma receita médica. O diálogo através do balcão

da farmácia, mesmo que mínimo, parece ser, para o paciente, algo com uma relevância significativa maior do que aquele que acontece no consultório.

Pude perceber, algumas vezes, momentos de intolerância e falta de atenção com os pacientes. Isso poderia ocorrer, como me explicaram, por motivos pessoais ou de desentendimentos internos dos funcionários com a chefia do CS. Em alguns outros casos, isso de dava pela frequente ida e perguntas dos pacientes sobre medicamentos faltosos, possíveis datas de chegada etc. Havia uma prática de insistência por parte dos usuários, como uma forma de resistir à crônica falta de medicamentos na rede pública. Embora reconhecessem isso e se solidarizassem com os usuários, Marcos e seus colegas se irritavam com essa espécie de assédio.

Outra questão que os incomodavam era a frequente opção do paciente por não pegar certos medicamentos prescritos alegando que ainda tinham o medicamento em que casa. Isso levava os funcionários a questionarem a utilização correta por parte do paciente. Alguns pacientes alegavam ter ganhado os medicamentos de terceiros e por isso ainda tinham itens sobrando em casa. Isso despertava a inquietação dos funcionários, pois há uma grande preocupação com o modo de armazenamento do medicamento e a sua validade. Embora não fosse uma atribuição oficial, percebi que aqueles funcionários dispensadores tentavam lidar com essas facetas do consumo ali na farmácia.

Ainda outra prática: o "bom senso"

Diariamente se tinha no ambiente da farmácia o dilema do que é certo ou errado de acordo com as regras do SUS, da Secretaria de Estado de Saúde e da administração/chefia do CS e isso vai proporcionando, para os funcionários, uma série de adaptações e malabarismos para exercer suas funções na farmácia e como servidores públicos que cumprem ordens. Ao mesmo tempo, que zelam pelo bem público, da forma que as diferentes regras ditadas por todos esses “chefes” se adequassem no espaço da farmácia do CS, levando em consideração as especificidades do bairro atendido.

O “bem público” para eles é tudo ali no CS, desde o atendimento até o medicamento e funcionários. Eles têm consciência do sistema de contribuição civil, da qual eles mesmo participam, e sabem que todos que estão utilizando o CS pagam

impostos para que possa ocorrer e funcionar aquele serviço. Sendo pago por todos é para todos, e o cuidado vem como algo importante para preservação e a boa utilização desse bem público.

Há outra prática que identifiquei durante minha convivência com Marcos e Otávio. Desde a primeira vez que estive no CS, Marcos sempre repete as mesmas palavras ao se deparar com determinadas situações difíceis. Ele analisava a situação e dizia, “É aí que entra o bom senso”. As situações contemplavam casos de pacientes que não haviam entendido as recomendações dos prescritores às tentativas de fraude na farmácia. Frenkle (2010), em artigo anterior, já havia apontado, de forma inicial, para essa prática também.

Pude perceber que em diversas situações, os protocolos de funcionamento emitidos pelas autoridades sanitárias não são o suficiente para garantir o bom atendimento à população e nesses casos que Lúcio conta com o “bom senso” para agir. (Frenkle, 2010)

Aqui, tento avançar um pouco mais essa ideia. O uso do “bom senso” por eles é o que os leva a decidir e interpretar o que é certo e o que é errado com relação à dispensação de medicamentos e assistência farmacêutica e o lado burocrático, com o desenvolvimento de estatísticas a respeito da dispensação dos medicamentos. Pelo fato de a farmácia pública ser um serviço, teoricamente, para todos os usuários, existe o cuidado e a utilização do “bom senso” por parte desses funcionários para a tomada de decisões, com o intuito de conseguir maximizar e democratizar o acesso ao bem público. Essas decisões ocorrem no dia-a-dia podendo ser utilizada em situações consideradas menos ou mais relevantes. Vejamos alguns exemplos da aplicação desse “bom senso”.

Frenkle (2010) nos aponta primeiramente a função adicional de “tradutor” por conta do atendente da farmácia, pois, muitas vezes os pacientes se deparavam com medicamentos que não conseguiam distinguir o nome, ou posologia. Tirando essa dúvida no balcão da farmácia. E, por conta da grande quantidade de usuários idosos com cartão de hipertensão ou diabetes, muitas vezes parentes ou até mesmo vizinhos são as pessoas encarregadas de buscar esse medicamento, além de se atualizar do caso do idoso que não pode ir buscar seu medicamento, a explicação a respeito de

“como tomar direitinho” o medicamento se faz presente, como modo de prover a administração correta do medicamento tanto pelos familiares quanto pelo idoso.

Por vezes, chegavam pacientes com pedidos de muitos medicamentos de um só tipo. A dispensação em grande quantidade de apenas um tipo de medicamento é considerada perigosa, por parte dos funcionários, quando não se tem certeza dos reais fins do mesmo. As pessoas podem estar pegando os medicamentos para vender a terceiros. Isso é considerado perigoso pelo fato de o medicamento poder ser vendido de forma ilegal. Isso indica que o uso será indevido não tendo a pessoa consultado previamente um médico ou farmacêutico sobre o medicamento. Conforme meus interlocutores, isso se refere ao zelo pelo “bem público”, nesse caso a saúde da população em geral.

Outro caso comum é a troca ou adição de um novo medicamento aos “pacientes de cartão”. Durante a nova consulta, alguns médicos prescrevem um novo medicamento no cartão do usuário. E algumas (não raras vezes) essa mudança é apenas descoberta através dos dispensadores. Muitos chegam ao balcão de atendimento da farmácia sem o conhecimento da mudança. Como os “pacientes de cartão” têm uma data específica para a retirada do seu medicamento, parte do “bom senso” do atendente é lhes fornecer a quantidade necessária até a data estabelecida para a próxima retirada do mesmo. Por exemplo, o médico tendo receitado um novo medicamento na data da consulta, dia 10, e a data no cartão do paciente para retirada de medicamentos sendo para dez dias após, dia 20, o atendente na farmácia faz uma conta de quanto será necessário entregar ao paciente do medicamento até a data estabelecida para sua próxima retirada dos medicamentos para o mês, no caso quantidade suficiente para os dez dias que faltam até a data do cartão. Tendo muitas vezes que cortar as cartelas para poder complementar o restante do tratamento. O atendente teve que, muitas vezes, explicar para o que serve o “novo” medicamento prescrito, como deveria ser tomado e o porquê de ter sido prescrito pelo médico.

Todos os medicamentos que necessitam de receita são dispensados com a retenção da via original da mesma, enquanto a cópia da receita fica com o paciente. Há alguns medicamentos que não necessitam de receita para serem dispensados, e, nesses casos, o controle desses itens é feito pelos próprios atendentes da farmácia. Esse o é caso, por exemplo, de itens como alguns xaropes para gripe e tosse, óleos

para pele, soro nasal. Quando Marcos percebia que a mesma pessoa estava pegando o medicamento em menor tempo do que o previsto para o término do mesmo, suspeitava de que estivesse usando o medicamento para outro fim ou repassando-o a outro paciente, como ocorreu com um óleo destinado para os diabéticos e então utilizado por sua vez como laxante e emagrecedor. A informação sobre um paciente "suspeito" é passada para os outros atendentes da farmácia. Estes devem ficar, segundo me explicaram, atentos e caso algo parecido aconteça novamente, um diálogo "mais firme" ou uma "mentirinha" é contada por parte dos funcionários para que o suspeito não retire mais o medicamento. Um exemplo de "mentirinha", segundo me relataram, é explicar ao paciente que aquele medicamento necessita de receita médica para sua retirada, quando, na verdade, esse não é o caso. As "mentirinhas" e a conversa "firme" servem para afastar pacientes aproveitadores da farmácia e de seus produtos, enfim, usurpando o "bem público". Já o "papo firme" é voltado para a questão judicial, de que o que o "suspeito" está fazendo é crime previsto em lei.

Assim, o "bem público" era um valor cultivado por Marcos e Otavio e que seu sentido variava ali naquela farmácia nos seguintes termos:

1º - O estoque da farmácia deve ser preservado perante usuários agindo com má fé. Os medicamentos seriam, nesse caso, o "bem público".

2º - Os usuários devem ser protegidos de médicos pouco eloquentes e atenciosos com os pacientes ou dos problemas de infraestrutura e abastecimento por parte da Secretaria de Estado de Saúde. O bem estar dos usuários e de sua saúde seriam, nesse caso, promovidos ao "bem público".

3º Os próprios funcionários que se autovalorizavam, não se deixando ser logrados pelos usuários ou explorados pelas decisões da direção local. Os atendentes da farmácia, como funcionários pagos pelo dinheiro público, seriam considerados o "bem público".

4º A imagem do CS precisa ser reforçada, quando faltam medicamentos ou quando outros centros de saúde lhe dirigem críticas, por exemplo. O "bom senso" e a "atenção diferenciada" são estratégias nesse sentido, sendo usadas para valorizar o CS como um "bem público", conforme a circunstância.

Percebemos o bem público de diversas formas e como parte desses sistema, não apenas os medicamentos e atendimento médico estão presentes, tanto o usuário,

quanto o dispensador entram fortalecendo a ideia de bem público seguido da ideia de bem estar. A relação ocorre no local físico tanto de consultas quanto de retirada de medicamentos, sendo assim também o centro de saúde bem público que deve ser prezado e utilizado de modo consciente. Pois entravam dizendo por fim, o bem público aqui, é um direito de todos, à saúde.

A assistência farmacêutica na prática

Diferente do que a área acadêmica da Farmácia, na teoria, e das regras do SUS e SES/GDF dizem, na prática, há outros desafios e nem sempre as regras são cumpridas como se imagina, ou nem sempre as regras são suficientes diante do cotidiano de uma farmácia. O não cumprimento acontece não necessariamente por má fé das pessoas, pois, como mostra a antropologia e a metodologia etnográfica, outros fatores entram em jogo, sendo assim, é preciso considerar esses contextos e desafios para pensar a Assistência farmacêutica.

Muito tem se discutido na antropologia farmacêutica sobre a prática da atenção farmacêutica e seus desdobramentos, essa ferramenta de atendimento e interação com o usuário surte interesse não apenas para os antropólogos, mas os próprios farmacêuticos têm se interessado pelo olhar do antropólogo. Os farmacêuticos estudiosos dessa área procuram mais pela eficácia da atenção farmacêutica¹⁰ para que haja uma regularização desse campo respeitando as especificidades regionais e culturais em outro nível, visando integrar a equipe do centro de saúde como um todo no ato da atenção farmacêutica.

Tendo em vista o valor do medicamento para os usuários, a antropologia se permite transportar por vários segmentos que contribuem para o funcionamento de uma farmácia e isso vai desde a análise de documentos que regem uma equidade no atendimento e comportamento do farmacêutico, passando por interpretações que o mesmo faz sobre o seu ambiente de trabalho, suas funções dentro de uma farmácia, não deixando de fora a estrutura que ampara o funcionamento desta, levando em consideração prováveis e visíveis hierarquias.

Dentro dessa farmácia pode ser vivenciada a hierarquia dos locais públicos, o agir e interpretar social das pessoas trabalhadoras que têm necessidades, sendo as

¹⁰ Ver também Castro, Chamello, Pilger et al (2006).

mesmas necessidades dos usuários, o aprender do dia-a-dia que o servidor ali presencia. No meu olhar, o mais importante de fazer antropologia em uma farmácia é essa relação direta com o ser usuário e o ser trabalhador dentro das várias interpretações de medicamentos que eles possam ter e interpretações de como aquilo interfere e aparece em suas vidas e também na condução cotidiana de um serviço de saúde.

Capítulo III

O valor da “farmacinha”: Auto-observação corporal e auto-gestão dos medicamentos a partir da perspectiva dos moradores da Guariroba, Ceilândia

Introdução

Nesse capítulo, irei refletir e dialogar com outro grupo da sociedade que tanto, e cada vez mais, tem contato com os mais diversos tipos de medicamentos, remédios, pomadas e tecnologias, as pessoas que os consomem. Aqui, mais especificamente falarei dos usuários idosos dos medicamentos, que vivem no bairro da Guariroba, Ceilândia, e frequentam ou não o centro de saúde que percorri ao longo do último capítulo. Sua percepção, manejo, conhecimento a respeito dos medicamentos se intercala com as relações vividas socialmente travadas em vários locais, sendo esses, locais de saúde ou não.

A opção aqui foi mostrar mais uma faceta dos medicamentos. Depois de passar pelos representantes que ajudam a distribuí-los e pelos farmacêuticos que ajudam a dispensá-los, agora irei centrar-me nas pessoas que recebem todos esses itens. Dentre as pessoas que conheci pessoalmente ou pelo material de meus colegas de equipe, decidi destacar uma senhora em especial. Esse capítulo terá as seguintes partes: metodologia, apresentação da Dona Dalila, apresentação da “farmacinha” de Dona Dalila, e por fim a gestão e percepção da senhora com relação aos medicamentos.

Metodologia

Os dados que serão apresentando fazem parte da mesma pesquisa que tem sido realizada na Guariroba, Ceilândia, desde 2008. Ao longo desses anos, a professora Soraya Fleischer, acompanhada por vários estudantes, estive frequentando as instituições de saúde, as ruas do bairro e as casas dos moradores. Conversas e entrevistas foram realizadas, com a utilização do diário de campo como forma de registro dos dados. Eu fiz parte de uma dessas equipes entre os anos de 2012 e 2013. Desde a entrada, os estudantes são informados de que, além de contribuir para a pesquisa, poderão também lançar mão de dados e registros produzidos por outros

colegas, nas equipes anteriores. Assim, há o acordo de que os materiais produzidos poderiam ser usados por todos que participam da pesquisa, para diversos fins acadêmicos. Isso quer dizer ler, (re)analisar e utilizá-los na escrita de artigos e monografias.

Esse será o caso no presente capítulo. Lancei mão dos diários produzidos pela referida professora e também uma entrevista realizada por Gustavo Angeli, Ana Paula e Júnior, que posteriormente foi degravada. Vários trechos foram aproveitados e constarão aqui no capítulo. A cada vez que eu citar um trecho ou uma história compilado por outro pesquisador, farei referência ao mesmo, garantindo-lhe a autoria e rendendo-lhe agradecimento.

A rede de contatos obtida foi a partir de um estudante que participava da pesquisa e que também morava em um bairro da Ceilândia próximo ao Centro de Saúde. Morando ali desde criança, Gustavo Angeli, conhecia muitas pessoas da rua, podendo indicar e procurar por algumas que pudessem e se prontificassem a dialogar com os pesquisadores. As conversas e entrevistas em geral aconteciam nas casas das pessoas, onde a questão inicial era “Que remédios o senhor/senhora está tomando?”. Em seguida, era comum as pessoas apresentarem sua “farmacinha caseira”, que poderiam ser caixas, caixas de sapato, sacolas, gavetas, estantes do quarto de dormir, armário do banheiro etc. Em vez de simplesmente listarem os itens que estavam sendo consumidos, elas buscavam ou indicavam o lugar físico onde os medicamentos eram armazenados. Essa performance foi recorrente e muito auxiliou no entendimento da relação que essas pessoas mantinham com os fármacos.

Os dados que trabalhei nessa parte foram obtidos através de diários e entrevistas degravadas, produzidos por colegas. Com relação à utilização de medicamentos e o contato direto com o usuário, pouco havia refletido, pois os mesmos não chegaram a ser o meu foco de pesquisa, poucas foram as vezes que dialoguei com essas pessoas nas filas de espera.

Não foi fácil percorrer escritos de outras pessoas. Com a utilização de dados e material produzidos por outros, comecei a sentir a primeira dificuldade: Como escrever sobre algo que não tive contato direto na pesquisa? Como falar de pessoas que eu não conheci, tanto pesquisados quanto pesquisadores? O desafio se apresentava: ler diários escritos por outras pessoas e a partir daquele mundo que era

descrito absorver o necessário para o diálogo da percepção e utilização do medicamento não foi fácil. Muitas vezes, a pergunta inicial da pesquisa não necessariamente foi a que eu teria feito para obter informações. Muitas vezes, tive que pescar as informações que me interessaram em vários pontos dos materiais. Em geral, tive que dotar de forma coerente e sem deturpar a informação formulada pelos colegas.

A familiaridade que tenho com meus próprios diários e a memória visual, temporal e seletiva sobre a qual geralmente recorro não se fizeram presentes nesse caso. As pessoas entrevistadas foram por mim conhecidas apenas pelas mãos de meus colegas. Há, portanto, uma dose de aventura em confiar na experiência de todos esses sujeitos – colegas da UnB e moradores da Guariroba – e apostar num alinhavo autoral de minha parte.

Uma apresentação: Dona Dalila

Dentre várias das pessoas que foram conhecidas pelas equipes, escolhi concentrar-me em uma delas, D. Dalila. Nessa seção, irei apresentá-la biograficamente de forma breve. Depois, optei por mostrar facetas de como ela convivia com os medicamentos em seu cotidiano.

À época da pesquisa, Dona Dalila era uma senhora de 76 anos, nascida em Araxá, Minas Gerais. Primeiro mudou-se para o Goiás e por fim, na década de 1970, para Brasília. Aqui morou em Taguatinga e então mudou para Ceilândia. Ela tinha uma pequena casa, com sala, quarto, cozinha e banheiro. A casa era um pouco maior do que a original, recebida em mãos da SHIS¹¹ por muitos moradores do bairro. Mas o marido de D. Dalila acabou trocando a casa de Taguatinga por essa na Ceilândia. Ela conta que ficou arrasada com essa decisão, tomada unilateralmente por ele. Ela preferia ter ficado na primeira cidade: “Aqui, não tinha nada. Era poeira só. Eu passei três meses chorando, não gostava daqui. Lá em Taguatinga tinha tudo, asfalto na porta, ônibus, tudo. Aqui, era uma tristeza. Só passava um ônibus ali na pista e olhe lá. Não tinha outro carro nenhum”.

¹¹ A “Sociedade de Habitação de Interesse Social” (SHIS), um dos primeiros órgãos de execução da política habitacional do Distrito Federal, ainda nos anos 1970 e 1980, construiu e distribuiu, gratuitamente ou a preços muito abaixo do mercado, casas e lotes para famílias de baixa renda que haviam chegado à cidade.

Ela foi casada com este marido que trabalhava de forma itinerante. Contou que ele passava grandes temporadas fora de casa. Aparecia repentinamente, apossava-se das minguadas economias que D. Dalila tinha em mãos, tomava banho e trocava a muda de roupa. Em poucos dias, caía no mundo novamente. Ela contava isso tudo com ressentimento, não aprovava essa liberalidade do marido, do quase inexistente dinheiro que ele lhe trazia. Depois, ele terminou por sumir de vez e ela acabou, eventualmente, enviuvando.

Ela teve três filhos e três netos. Quando a equipe lhe conheceu, um dos três netos era casado e morava com ela, na casa dos fundos do lote. Dona Dalila vive da sua modesta aposentadoria.

A “farmacinha” de D. Dalila

Ao longo da conversa a senhora ia trazendo os frascos, cartelas, bisnagas e apresentando seu uso, alguns vazios outros não. Em certo ponto da conversa Soraya a incentivou “Ah, D. Dalila traz para a gente ver onde a senhora guarda tanto remédio”. Ela então trouxe a sua “farmacinha caseira” para que os pesquisadores observassem. “Trouxe uma pequena caixa, do tamanho de uma caixa de sapatos de criança, repleta de cartelas. E surgiram várias histórias interessantes sobre os produtos” (diário de campo de Soraya, 10 de março de 2009). A partir daí surgem outras narrativas sobre os medicamentos ali simultâneas com a apresentação física do mesmo:

- a) Uma cartela cortada ao meio: “Ah, essa aí é porque a minha irmã precisou do remédio e eu dei para ela”.
- b) Uma cartela grande só com um ou dois comprimidos consumidos: “Ah, esse aí eu não gostei e não quis mais tomar. Parei”.
- c) Uma cartela com um comprimido partido ao meio: “Eu achei muito forte e achei melhor tomar só metade”.
- d) “Tem muitos aí que eu não sei mais para que era. Eu tiro da caixa e jogo fora. Ocupa muito espaço para gente guardar. Acho melhor ficar só com a cartela. Mas aí, eu esqueço para que o médico passou mesmo”.
- e) Cartelas com muitos ítems sobrando: “Eu não tomo mais do que precisa. Às vezes, já melhoro e aí eu paro de tomar”.
- f) “Esse aí é supositório. Esse é para rins. Esse também é para rins”.

Dona Dalila se direcionava aos medicamentos de forma a contar uma parte da biografia do mesmo, mesmo não sabendo boa parte dos nomes dos medicamentos de sua farmacinha por ter jogado as caixas fora, afirmando que “fica mais fácil de guardar”, sabe para que servem se sua história com ela. Alguns lhe trazem conexões com a ideia passar para terceiros, mas também percepções sobre os medicamentos tomados como os efeitos, a “força” dos medicamentos e o motivo pelo qual sobram.

Esses medicamentos guardados podem servir tanto para algum parente ou vizinho que precise e ficam guardados até que voltem a ser necessário, ou também pode ser jogado fora por conta da data de validade desses medicamentos. Além das preocupações de uso, dona Dalila ainda nos relata um cuidado muitas vezes com a pós-utilização dos medicamentos que sobram ou estão vencidos, dissolvendo-os em água e os jogando no vaso sanitário, pensando no risco que medicamentos no lixo podem causar, “vai que a gente joga fora e uma criança pega lá na lata de lixo? É perigoso, coloca na boca, é perigoso” (Diário de Soraya, 10 de março de 2009).

Auto-observação corporal e auto-gestão: Histórias de D. Dalila com os medicamentos

Ela relata que já conheceu vários hospitais do DF: o Hospital Regional da Ceilândia, Hospital Regional de Taguatinga, Hospital de Base, Hospital Universitário de Brasília. Esteve nessas instituições por situações mais ou menos graves, desde problemas dermatológicos até cirurgias ginecológicas dramáticas. Sobre o Centro de Saúde do bairro, onde está a farmácia que etnografei no capítulo anterior, relatou que “a consulta demora seis meses e os exames demoram um ano para sair o resultado” (Diário de Soraya, 10 de março de 2009). Terminou dizendo, “Aí, esquece”. Dona Dalila também contou que geralmente não leva o resultado de exames de volta para o médico, afinal, não chegam antes do momento em que a consulta acontece ela demonstrava um ceticismo em relação à atenção básica.

De acordo com sua vivência e seu contato com as doenças e problemas que adquiriu começou a relatar sua linha de entendimento a respeito do mundo médico e medicamentoso. Contou que, no HUB, certa vez em que foi à uma consulta, inicialmente era na cardiologia e em seguida foi encaminhada à geriatria. Chegando lá, continuou,

A médica me desacatou. Ela falou que eu tinha um monte de problemas de saúde, tireoide, que eu era agressiva, tudo isso. Ela me

falou que eu não merecia estar ali no hospital. Veja só! Ela acabou me dando um monte de remédio. Mas eu tomei e começou a me formigar a perna. Eu suspendi. Voltei lá com uma sacola de remédios. Eu é que não queria mais aquilo tudo. Eu soltei os cachorros. Era na geriatria, se não me engano. As médicas não podem nos tratar assim, não tá direito isso. Eu acho que foi tudo culpa da garota da consulta. Foi ela que falou para médica e me queimou por trás com ela (diário de campo Soraya, 10 de março de 2009).

Essa ideia de desacato por parte dela já começa com a marcação da consulta na geriatria, onde ao chegar para marcar a mesma a secretária já começa lhe tratando com descaso,

Eu fui marcar uma consulta lá no HUB. Cheguei e falei que queria marcar uma consulta. A moça nem olhou pra mim e pediu para eu sentar e esperar. Eu fiquei lá foi horas. Depois, eu fui lá de novo e pedi para ela marcar a consulta. Eu já tava ali há muito tempo e só queria marcar mesmo. Ela rabiscou uma coisa lá na minha ficha. Apagou assim o que tinha e escreveu por cima. Eu tenho dificuldade de visão, não consegui ler o que tava escrito ali. Perguntei pra ela, mas ela foi saindo, dando as costas para mim e falando bem baixinho. 'O que? Eu não consigo ouvir o que você está dizendo. Repete, por favor', eu disse. Mas nem olhou pra trás. Eu não conseguia ver para quando ela tinha marcado. Saí do hospital e fiquei assim perto da calçada do estacionamento tentando ler aquele garrancho. (diário de campo Soraya, 10 de março de 2009)

Após esse ocorrido decidiu que não voltaria mais lá. Apenas voltou para devolver esse remédio, tido por ela como "veneno". Ela decidiu devolver "para que nenhuma pessoa que precisasse ficasse sem". A partir de vários comportamentos de pessoas que teve contato no HUB e mais tarde do efeito colateral não esperado do medicamento, percebo que, para ela, o remédio não estava fazendo o efeito que devia, não estava aliviando os sintomas. Além dessa constatação sobre o princípio ativo do medicamento, o efeito nocivo do remédio foi por ela diretamente ligado às pessoas que a atenderam. Ao tratarem-na mal naquele espaço de cuidado, D. Dalila percebe que foram elas as responsáveis pela má prescrição ou pelo remédio ineficaz.

Evans-Pritchard (1976) nos conta a respeito da percepção dos Azande, do Sudão, sobre a bruxaria. O clássico caso é o do homem que descansa debaixo de um celeiro, apenas fugindo do sol. De repente, o celeiro cai sobre sua cabeça e acaba causando sua morte. Esse episódio é diretamente relacionado à bruxaria, pois mesmo que a causa real do celeiro ter caído sejam os cupins que corroeram a madeira de sustentação do lugar, o fato do homem estar ali quando o mesmo caiu não é

simplesmente coincidência. A bruxaria aqui explica o infortúnio, onde uma cadeia de acontecimentos leva ao infortúnio acontecido.

O infortúnio de dona Dalila se deveu a uma cadeia de acontecimentos. Essa cadeia a leva a acreditar que o fato do medicamento não fazer o efeito esperado e, sim, a percepção de produzir algo errado, fazendo mal ao seu corpo, foi diretamente ligado ao descaso da secretária e da médica. Esses remédios poderiam ter lhe feito mal em qualquer momento e por qualquer prescrição. Até aí, os fármacos seriam os responsáveis, talvez os fabricantes ou a data de validade, por exemplo. Mas exatamente esses itens, dados por aquela equipe à D. Dalila – essa conjunção de fatores – é o que explica não terem funcionado. Aliás, mais do que apenas a ausência de ação: esses itens lhe provocaram malefício. Se ela tivesse continuado o uso, poderia ter passado mal de verdade, necessitando até de uma ida à emergência hospitalar.

Os Azande encontram a resposta para seu infortúnio na bruxaria, sendo feita por um invejoso, um desafeto. No caso da senhora aqui retratada, o infortúnio vem através do medicamento prescrito em circunstância de conflito. A quebra do laço com a equipe médica é o que produz a sensação de desconfiança sobre a mesma.

Dona Dalila também relatou sobre uma doença de pele que teve, onde feridas doloridas se formadas sobre sua pele.

Eu até fui no HUB ver uma dermatologista para esse problema. Ela me passou duas bisnagas e falou, 'Não precisa voltar, é só usar as bisnagas e pronto'. Falou assim para mim. Mas eu não sarei. Usei o remédio, mas não melhorou. Eu fui num outro médico, lá num Centro Espírita em Santo Antônio do Descoberto. Tenho uma sobrinha que é caseira lá desse Centro. Ela falou que tinha um médico muito bom pra lá. Eu fui visitá-la e aproveitei para ver esse médico. Ele me passou outra pomada para as feridas. Mas era branca, toda branca. Não era laranja como você vê aqui nessa que eu tô usando agora. (Diário de campo Soraya, 10 de março de 2009).

A médica passou uma pomada para que ela passasse, alegando que era apenas passar a pomada e, “pronto”, seu problema de pele seria resolvido. Diante da constatação de que aquela pomada não funcionara para seu problema, D. Dalila procurou por outras alternativas. Aqui, podemos observar o “protagonismo leigo na gestão das terapêuticas” (Lopes, sem data). Esse protagonismo traz a ideia de apropriação do saber biomédico para a gestão de terapêuticas independentes, por conta do usuário que ao apropriar-se desse conhecimento se autodiagnostica ou aos

próximos. No caso da senhora que toma frente ao optar e avaliar a eficácia da pomada, entendendo as suas limitações e adequando a terapêutica ao seu ritmo.

Essas alternativas podem surgir da sua rede de contato. Onde se passa confiança, pois, não é simplesmente uma pomada que o médico do centro espírita “que atende todo mundo” passou. Mas também, deve-se levar em consideração a influência de sua sobrinha que mora e cuida do lugar. O que proporcionou uma visita, que poderia ser ao acaso, costumeira ou intencional, e que a levou a ter contato com esse outro tipo de médico.

A cor diferente entre as duas pomadas é algo destacado pela interlocutora que revela guardar a bisnaga vazia passada pelo médico do centro espírita e as apresenta aos pesquisadores. Acredito que não apenas a cor diferente da pomada a tenha atribuído valor o suficiente para que a bisnaga vazia fosse guardada. A lembrança do seu problema resolvido por uma pomada prescrita fora do consultório médico a levou a guardar a bisnaga que trouxe o efeito benéfico esperado por ela. Podendo se reportar à embalagem para relatar sua experiência tanto para nós, pesquisadores, quanto para seus parentes e vizinhos que dela precisassem futuramente.

D. Dalila contou-nos essas duas boas histórias. Vemos como alguns medicamentos eram conseguidos em iniciativas comunitárias, como no centro espírita. Mas também como amostra grátis, como nos casos do HUB. Mas é preciso lembrar que ela, como boa parte da população que frequenta o centro de saúde onde estivemos fazendo pesquisa, retira seus medicamentos na própria farmácia do centro.

Com relação aos medicamentos do centro de saúde, ela contou que há pouco havia sido receitado 140 AAS “parece que é bom pro coração porque afina o sangue. Mas eu fiquei enjoada de tomar. No início, eu tomava 2 comprimidos 3 vezes por dia. Depois, eu passei a tomar um comprimido 3 vezes por dia”, e continua “foram uns 140 AS. Muito mesmo. Eu tomei um bocado, depois parei. Fiquei enjoada de tomar. Tem um gosto de framboesa que me enjoou”, a ideia de enjojo com relação ao gosto de framboesa do comprimido faz com que surja uma nova dosagem até que o mesmo enjojo a faz parar com o remédio ressaltando que não tem problema no coração, apesar de afirmar que “é bom para o coração”. A relevância do fazer bem à algo que ela não necessariamente precisa estar tratando naquele momento a leva a abandonar

por conta de seu enjoo com relação ao AAS, um efeito que não é válido dada a não necessidade de toma-lo, por não ter problemas no coração.

Sobre outro remédio prescrito para os ossos ela nos relata que “o doutor disse que eu estava com osteoporose. Mas não indica no exame. Eu li o exame, não fala que eu tenho isso. Falaram isso pra mim. Mas eu vivo caindo por aí e nunca quebrei nada. Como posso ter essa doença?” a sua experiência corpo-doença a informa que não há problema nos ossos. Ela contrapõe a ideia de ter osteoporose com a fragilidade dos ossos, e como os seus ossos não se encontram frágeis, se avalia sem a doença em questão. A partir daí o medicamento, Puran T4, é suspenso e o tratamento parado, apesar de ter tomado toda quantidade passada pelo médico inicialmente. Apresentando-nos então a ideia de prevenção, pois, apesar de não ter osteoporose, houve a ingestão do remédio destinado à doença tomando o papel de prevenção, assumindo a ausência da doença e se justificando o uso do medicamento.

Apesar de afirmar que não tem a doença por experiências de cair e não quebrar nada e ao ler em seu exame e não encontrar nada que se refira à osteoporose nos traz outro medicamento “tô tomando também um xarope para osteoporose, mas, na verdade, eu parei. Comprei de um rapaz que passou aqui na porta. Ele trouxe de Goiânia. Eu pago a prestação. Chama Caltrax. Eu não tenho osteoporose, mas tomo para me prevenir, né? Mas não tô tomando mais. É bom também para o estômago.”. O xarope para a osteoporose além de ser direcionado à essa doença, ela nos traz uma parte do corpo que o medicamento faz efeito, o estomago, sendo considerado “bom”.

“Tem um remédio que eu trouxe de Pernambuco. Eu tomo quando tô mal. Mas a minha pressão não é alta. Mas tenho problema de vista e de dor” esse remédio, nos contou, é um remédio que ganhou de sua irmã (trouxe o remédio de Pernambuco) e traz consigo um sentimento e importância para aquele remédio. Para a senhora aquele remédio não é corriqueiro, pois ela apenas o toma quando está “um pouco mal. Com a vista ruim, com alguma dor. Eu não tenho pressão alta, então, não preciso tomar remédio para isso”. O dicoflenaco é um medicamento comum aos olhos da maioria, mas aqui ele é revestido de todo um simbolismo e importância para dona Dalila. Sendo o mesmo acionado apenas em momentos específicos de dor logo relacionado aos cuidados da irmã que a indicou e forneceu o medicamento.

Até aqui é possível perceber a agência de dona Dalila sobre os medicamentos prescritos pelos médicos e tantos outros atores e tomados por ela. Ela vai aos médicos, recebe receitas e remédios. Mas avalia minuciosamente os efeitos dos mesmos e, só então, decide se irá continuar usando ou não.

Considerações finais

Em artigo recente, Fleischer (2012) nos alerta para as percepções apresentadas que tive de Dona Dalila nos mais diferentes casos de experiência com os medicamentos,

A materialidade dos medicamentos foi o início dessa prosa, contudo, ela tomou outros rumos, densamente complexificados por essas pessoas ao nos explicarem sobre suas vidas e doenças. Muitas vezes, pegar na caixa de comprimidos ajudava a lembrar do seu tamanho e consequente dificuldade de serem engolidos. Outras vezes, uma cartela recortada dinamizava uma conversa sobre empréstimos e trocas de medicamentos com outras pessoas adoentadas. Contudo, uma prática que ficou muito clara para nós era a formulação de **opiniões** sobre os medicamentos que tinham sido comprados de forma autônoma ou sob sugestão de outra pessoa que já usava o fármaco ou, mais comumente, que tinham lhes sido prescritos pelos médicos e recebidos da farmácia do centro de saúde. E estas opiniões, informadas por variadas experiências corporais e geralmente sociais, geravam sempre uma ação e postura. (2012, p. 415)

O exemplo da amostra grátis recebida no HuB, a levou a tomar a postura de devolver o medicamento por conta do formigamento que sentiu ao administrar o medicamento o que a levou ao julgamento de que não a estava fazendo bem, não apenas pelo sintoma indesejado, mas também por conta de uma série de fatores que ocorreram antes e durante a consulta médica. Apesar da ideia de “veneno” com relação ao medicamento, a senhora decide devolvê-lo alegando que não quer que falta para quem precisa, pois a série de acontecimento é observada como causa da sua desventura com o medicamento.

Ela também compra alguns itens nas farmácias particulares, como uma pomada para psoríase, a que comparou a cor anteriormente. Para essa pomada, de cor amarela, havia um empecilho de utilização de acordo com que a médica havia passado, pois na sua rotina pouco era o tempo que não estava mexendo com água fazendo com que facilmente a pomada saísse, muitas vezes a rotina da pessoa não se adequa a

determinados tipos de medicamentos, passando a ser redefinido o uso, agora, não mais de acordo com a prescrição médica. A autoridade médica aqui perde força e se faz visível novamente o protagonismo leigo na sua gestão terapêutica a partir das suas limitações cotidianas, que muitas vezes não são levadas em conta por essa autoridade que prescreve o medicamento. É interessante ressaltar que para Dona Dalila essas pomadas não são apontadas com remédios.

A iniciativa comunitária surge através da sua rede de contatos, onde um centro espírita se insere na terapêutica da senhora de modo a causar o efeito esperado a ponto de manter guardada a bisnaga vazia para futuras amostras ou lembrança. A percepção do efeito positivo nesse caso se dá com o sumiço, ou melhora das feridas na pele.

Outra forma de percepção a partir do uso vêm com os AASs da farmácia do Centro de Saúde, no qual o efeito de “afinar o sangue” não é percebido por ela, mas o gosto do medicamento sim, a levando a administrá-los da forma que acha necessário, até a decisão de continuar a tomar, ou não. Além da percepção de que aquele tipo de medicamento é direcionado à um tipo de problema que ela não tem no coração, sendo assim, a administração do mesmo pode ter sido feito como prevenção, vejamos isso melhor.

“É sobre os medicamentos que recaem as expectativas de cura ou de alívio” (Lopes. Sem data). Ao não se esperar algum desses efeitos (cura ou alívio) é acionado um novo tipo de função para o medicamento receitado no caso da senhora, o de prevenção. Em sua pesquisa com a população portuguesa e europeia em geral, Lopes (2001; 2003; sem data) nos traz a frequente dependência dos “agentes periciais da saúde” (sem data) o que aqui, muitas vezes, pode-se perceber o contrário. Por vezes esse conhecimento autoritário de prescrição de medicamentos é questionado a partir das próprias percepções do corpo, saúde e doença da senhora vista como “leiga” do campo biomédico. A ideia de prevenção da doença que surge a partir de seu discurso perpassa por outros atores, que não o médico, que não necessariamente tem o conhecimento científico dos agentes periciais de saúde.

De forma mais explícita é possível perceber o papel da prevenção no caso da implementação de medicamento para a osteoporose adquiridos de duas formas, uma

alternativa, com ambulante e outra a partir da prescrição médica, na farmácia do hospital.

Biografando

A partir dos três capítulos apresentados e os demais temos abordados e discutidos, é possível perceber apontamentos para alguns momentos da biografia da vida social dos medicamentos (Van Der Geest et al, 1996). Inicialmente com o representante farmacêutico, que distribuiu e faz propaganda para médicos. Pertencendo à primeira fase da biografia onde há a produção de insumos e então o marketing em cima do produto produzido. Mas, também é possível encaixar o representante na distribuição, pois, a amostra grátis é uma forma de distribuição dos medicamentos, mesmo não sendo diretamente para a população, mas através do médico.

Apesar da distribuição de amostras grátis ser destinada aos médicos, não se restringe ao mesmo, se fazendo notável a distribuição também para os funcionários de hospitais, clínicas médicas e centros de saúde, quando solicitados e se disponíveis. Garantindo assim uma boa relação com toda equipe a partir desse presentear. Entre colegas de laboratório também há uma espécie de cumplicidade na troca de medicamentos, sendo feita até mesmo de laboratórios diferentes.

Em seguida com a dispensação gratuita de medicamentos pelas farmácias de centros de saúde e hospitais, percebemos as percepções de cuidado com o bem público e o público usuário do CS. Não se estagnando apenas na fase biográfica de distribuição, é possível notar que o complementar da prescrição médica, pode ser muitas vezes explicada ao paciente no balcão da farmácia, indicando a forma de uso ao usuário. Mas também o acompanhamento da sua eficácia a partir do contato com o paciente que retira seus medicamentos de mês em mês.

E por fim, a visão do consumidor, no qual é possível perceber que a biografia se faz mutável de diversas formas, tanto nas percepções de uso e eficácia, quanto nos modos de obter os medicamentos. Pois, se analisado, dona Dalila pode participar das fases de prescrição, distribuição, uso e eficácia ao mesmo tempo também, além de também poder se encaixar na produção se levado em consideração não apenas os medicamentos feitos pela indústria farmacêutica e afins.

A partir de todos esses autores apresentados e seu contato com o mundo medicamentoso, já se faz possível perceber que a biografia social do medicamento não tem atores pré-estabelecidos e fixos em suas fases. Vários atores podem fazer parte

das fases biográficas do medicamento e perpassar por todas elas, os atores não necessariamente estão estagnados em sua função inicial, expandindo o leque de atores atuantes nas diversas situações.

Se pararmos para pensar nos três casos expostos, dona Dalila em contato com o CS recebe medicamentos tanto a partir da dispensação da farmácia, como também pode receber amostras grátis dentro do consultório médico, sendo possível visualizar isso na saúde pública em geral, duas vias de acesso ao medicamento. Mas, sua rede de contatos não se restringe ao saber do mundo biomédico, outros atores são acionados, como vendedores ambulantes e outros tipos de médicos, como o médico do centro espírita, ambos apresentam diferentes fases biográficas. Essas diferenças se dão tanto pelo local e ator que disponibiliza o medicamento, quanto pela forma de acesso que se tem, a prescrição é feita por diferentes atores em diferentes momentos. Não impedindo que, por exemplo, a vizinha de dona Dalila a indique um chá para sua tosse, tendo tido o papel então de prescritora e dona Dalila fazendo a parte de produção.

O mundo do medicamento traz consigo uma diversidade de atores envolvidos, formas de percepção, uso e também produção, sendo possível participar de todas as fases biográficas indicadas por Van Der Geest e Whyte (1996). Sendo assim, os mais diversos tipos de investigação podem ser feitos a partir de vieses diferentes, onde o medicamento continuaria sendo o principal elemento de discussão através de toda complexidade que o engloba.

Bibliografia:

AZIZE, Rogerio e ARAÚJO, Emanuelle Silva. "A pílula azul: uma análise de representações sobre masculinidade em face do Viagra". *Antropolítica* 14, 2003, pp. 133-151.

BARROS, José Augusto C. "Políticas farmacêuticas: a serviço dos interesses da saúde?". Brasília; UNESCO; 2004. 270p.

BARROS, José Augusto C. "A (des)informação sobre medicamentos: o duplo padrão de conduta das empresas farmacêuticas". *Cadernos de Saúde Pública*, vol.16, n.2, pp. 421-427, 2000.

BARROS, J. A. C. *A Propaganda de Medicamentos - Atentado à Saúde?* São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos. São Paulo: Editora Hucitec, 1995.

BARROS, José Augusto C.. Estratégias mercadológicas da indústria farmacêutica e o consumo de medicamentos. *Rev. Saúde Pública*. 1983, vol.17, n.5, pp. 377-386.

BREGANTIN, D. Treinamento deve Desenvolver a Comunicação Participativa do Representante com o Médico. *Revista de Marketing Farmacêutico*, São Paulo: [s.n],p.44, jun./jul. de 2000.

BERMUDEZ, Jorge. *Remédio: saúde ou indústria? A produção de medicamentos no Brasil*. Rio de Janeiro: RelumeDumará, 1992.

BOMFIM, Diego Espinheira da Costa, PEREIRA, Júlio Leonardo Barbosa. *Os Médicos e a Indústria Farmacêutica*. Faculdade de Medicina da Bahia (FAMEB) da UFBA, Salvador, BA, Brasil. *Gazeta Médica da Bahia*; Volume 74, Número 2; Julho/Dezembro 2004.

CASTRO MS, CHEMELLO C, PILGER D et al. 2006. Contribuição da atenção farmacêutica no tratamento de pacientes hipertensos. *Ver Bras Hipertens* vol.13(3): 198-202, 2006.

CASTRO, Rosana. "Antropologia dos medicamentos: cotejando propostas teórico-metodológicas". Trabalho apresentado na IX Reunião de Antropologia do Mercosul (RAM), 10 a 13 de julho de 2011, Curitiba, PR, no Grupo de Trabalho (GT) 16 – Antropologia e Medicamentos.

COSENDEY, Marly Aparecida Elias et al. Assistência farmacêutica na atenção básica de saúde: a experiência de três estados brasileiros. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2000, vol.16, n.1, pp. 171-182. ISSN 0102-311X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2000000100017>.

ETKIN, Nina L, Paul J Ross, and Ibrahim Muazzamu. "The rational basis of "irrational" drug use: pharmaceuticals in the context of development". In HAHN, Roberto (Org.). *Anthropology in Public Health*. New York: Oxford, 1999, pp. 165-181.

EVANS-PRITCHARD, Edward E. *Bruxaria, oráculos e magia entre os Azande*. Rio de Janeiro: Zahar, 2005. (Versão condensada por Eva Gillies, traduzida por Eduardo Viveiros de Castro).

FARO, Livi; CHAZAN, Lilian Krakowski; ROHDEN Fabíola; RUSSO, Jane. "Sobre moléculas e comportamentos. Masculinidades produzidas no marketing farmacêutico". Trabalho apresentado na IX Reunião de Antropologia do Mercosul (RAM), 10 a 13 de julho de 2011, Curitiba, PR, no Grupo de Trabalho (GT) 16 – Antropologia e Medicamentos.

FEPECS. <http://www.fepecs.edu.br>

FLEISCHER, Soraya. Uso e circulação de medicamentos em um bairro popular urbano na Ceilândia, DF. *Saude soc.* [online]. 2012, vol.21, n.2, pp. 410-423. ISSN 0104-1290.

FRENKLE, Amanda. *Práticas de Atenção Farmacêutica na Ceilândia, DF*. Trabalho publicado no II EICS, 2010.

GDF, Governo do Distrito Federal. www.fd.gov.br

GUERRA JR, Augusto Afonso et al. Disponibilidade de medicamentos essenciais em duas regiões de Minas Gerais, Brasil. *Rev Panam Salud Publica* [online]. 2004, vol.15, n.3, pp. 168-175. ISSN 1020-4989. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892004000300005>.

JESUS, Paula Renata C. Qual o papel das palavras na propaganda de medicamentos? *Revista Acadêmica do Grupo Comunicacional de São Bernardo*. Ano 1, nº2. Julho/dezembro de 2004.

MARTINS, André. "Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde". *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 8(14), 2004, pp.21-32.

MEDICI, A. C.; OLIVEIRA, F. & BELTRÃO, K. I., 1991. *A Política de Medicamentos no Brasil*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Ciências Estatísticas/Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Ministério da Saúde. www.saude.gov.br

NASCIMENTO, Carlos Alicio. *Avaliação da propaganda farmacêutica e do relacionamento do propagandista junto à classe médica*. Dissertação apresentada ao

Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Área de Gerência de Produção, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS) como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Engenharia de Produção. 2008.

NWOBIKE, Justice C. "Empresas farmacêuticas e acesso a medicamentos nos países em desenvolvimento: O caminho a seguir". SUR – Revista Internacional de Direitos Humanos 4(3), 2006, pp. 126-143.

OFICINA NACIONAL DE ATENÇÃO FARMACÊUTICA, 1., 2001, Fortaleza. farmacêutica no Brasil: trilhando caminhos: relatório. Fortaleza, 2001. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/medicamentos/docs/atenfar.pdf>>. Acesso em: 7 nov. 2012.

OLDANI, Michael J. "Thick Prescriptions: Toward an Interpretation of Pharmaceutical Sales Practices". Medical Anthropology Quarterly, 18, pp. 325-56, 2004.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OPAS/OMS) Brasília, 2002c. Disponível em: <www.opas.org.br/medicamentos>. Acesso em: 7 nov. 2002.

ORTNER, Sherry B. "Poder e projetos: Reflexões sobre a agência" In Miriam Pillar Grossi, Cornelia Eckert, Peter Henry Fry (Orgs). Conferências e Diálogos: Saberes e práticas antropológicas. Blumenau: Nova Letra, pp. 45-80, 2007.

PETRYNA, A.; LAKOFF, A.; KLEINMAN, A. Global Pharmaceuticals: ethics, markets, practices. Duke University Press, 2007.

QUEIROZ, M. de S. & CANESQUI, A.M. Contribuições da antropologia à medicina: uma revisão de estudos no Brasil. Rev. Saúde públ., S. Paulo, 20:141-51, 1986.

SARTI, Cynthia Andersen. "Saúde e Sofrimento" In Carlos benedito Martins, Luiz Fernando Dias Duarte (Orgs). Horizontes nas ciências sociais: Antropologia. São Paulo: ANPOCS, 2010. pp. 197-225.

SOARES, JUSSARA. "ANTROPOLOGIA FARMACÊUTICA: UM CAMPO A SER CONSTRUÍDO NO PAÍS". IN BOLETIM SOBREVIM, ABRIL-JUNHO, 1997, pp. 15-16.

TEMPORÃO, José Gomes. A propaganda de medicamentos e o mito da saúde. Rio de Janeiro; s.n; 1984. 272 p.

VAN DER GEEST, S and WHYTE, S. R. "The charm of medicines: Metaphors and metonyms". Medical Anthropology Quarterly, New Series, 3(4), 1989, pp. 345-367. (Tradução de Amanda Frenkle) [online]

VAN DER GEEST, S. "Anthropology and pharmaceuticals in development countries I e II".
Medical Anthropology Quarterly, 15, pp. 59-62 e pp. 87-90, 1984. [online]
VAN der GEEST, S.; WHYTE, S. R.; HARDON, A. The Anthropology of Pharmaceuticals: A
Biographical Approach. Annual Review of Anthropology, v. 25, p. 153-178, 1996.